



Ressursorientert tilnærming i psykisk helsevern

En kvalitativ studie av vernepleierens erfaringer ved DPS

Kandidatnummer: 127, 104, 151

VID vitenskapelige høyskole

Sandnes

Bacheloroppgave

Bachelor i VERNEPLEIE

Kull: VP-16

Antall ord: 15143

15.05.2019



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 127, 104, 151
Navn på studiet: Bachelor i Vernepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave, gruppeinnlevering
Emnekode: VER-303
Innleveringsfrist: 15.05.2019 12:00
Antall ord: 15143

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 127, 104, 151

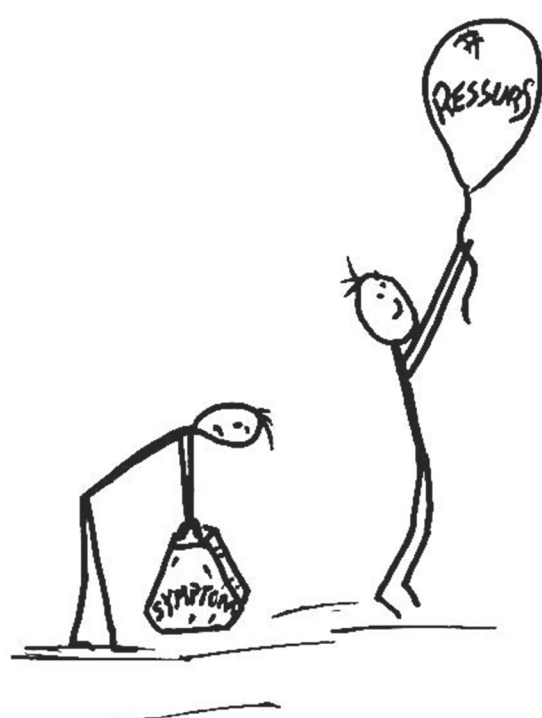
Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss

Ja: ☒

Nei: ☐



Sammendrag

Sentrale politiske føringer og fagmiljø for psykisk helse, etterspør mer kunnskap om ressursfokus. Men hva er egentlig ressurser? Målet for oppgaven er forståelse av ressursbegrepet, samt undersøke vernepleierens egne erfaringer. Problemstillingen er: *Hvilke erfaringer har vernepleieren med fokus på pasientens ressurser i miljøterapien ved et DPS?* Gjennom kvalitativ forskningsmetode intervjuet vi tre vernepleiere på ulike DPS avdelinger. En abduktiv tilnærming, har preget analyseprosessen. Resultatene viser at vernepleierne har en felles forståelse av ressursbegrepet. På systemnivå er ressursfokus lite tilrettelagt, og viser at pasientens ressurser ofte identifiseres i uplanlagte samtaler. Et samarbeid med pasient er sentralt. Kunnskap om utviklingshemming er overførbart til psykisk helsevern, og det vektlegges også kunnskap om salutogenese av vernepleieren. Resultatene diskuteres, og det kan tyde på at vernepleieren erfarer et aktivt ansvar i jakten på ressurser.

Abstract

Essential political guidelines and mental health academic communities, requests more knowledge about focus on resources. But what exactly are resources? The aim of this dissertation is to get an understanding of the concept of resources, as well as to investigate the social nurse own experiences. The issue is: *What experiences has the social nurse with a focus on the patient's resources in the milieu therapy at a DPS?*

Through qualitative research method, we interviewed three social educators at various DPS departments. An abductive approach has characterized the analysis process. The results show that the social nurse have a common understanding of the concept of resources. Focus on resources at system level is poorly facilitated and show that resources often are identified in unplanned conversations. A collaboration with the patient is essential. Knowledge about developmental disability is transferrable into mental healthcare and knowledge about salutogenesis is also emphasized by the social nurse. The results are discussed and indicates the social nurse having an active responsibility in the pursuit for resources.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	IV
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og formål	1
1.2 Formål og problemstilling.....	3
1.3 Avgrensning og struktur.....	3
2 Teoretisk referanseramme	5
2.1 Begrepet <i>ressurs</i>	5
2.2 Psykisk helsevern	5
2.3 Miljøterapi.....	6
2.4 Ressursorientert tilnærming	6
2.5 Vernepleierens kjennetegn	8
3 Metode.....	11
3.1 Valg av metode.....	11
3.1.1 Kvalitativ metode	11
3.1.2 Innsamlingsmetode.....	12
3.2 Utvalg	13
3.2.1 Rekrutteringsprosess	13
3.2.2 Presentasjon av informantene.....	14
3.3 Dataproduksjon	14
3.3.1 Intervjuprosessen.....	14
3.3.2 Analyseprosessen	15
3.4 Validitet og Reliabilitet	17
3.4.1 Validitet.....	17
3.4.2 Reliabilitet	17
3.4.3 Refleksivitet	18
3.5 Forskningsetikk	19
3.5.1 Etske rammer for oppgaven	20
3.5.2 Forskningsetiske grunnprinsipper	20
3.5.3 Betydningen av forskningsetikk i et vernepleierfaglig perspektiv	21
4 Resultat.....	23
4.1 Vernepleiers forståelse av <i>pasientens ressurser</i>	23
4.1.1 Hensiktsmessige kriterier	23
4.1.2 Forventning om bedringsprosessen.....	24

4.2 Kartlegging av pasientens ressurser	25
4.2.1 Ønske om mer tilrettelagt struktur	25
4.2.2 Man finner det man leter etter	25
4.2.3 Delte meninger om relasjonens betydning	26
4.3 Deltagelse og beskyttelsesbehov i en ressursorientert tilnærming	27
4.3.1 Reel deltagelse er nødvendig	27
4.3.2 Behov for beskyttelse	27
4.4 Kunnskap om utviklingshemming og salutogenese vektlegges	28
4.4.1 Overførbar kunnskap om utviklingshemming og selvstendiggjøring	28
4.4.2 Vernepleierens vektlegging av salutogenese og et helhetlig perspektiv	29
5 Drøfting	30
5.1 Vernepleiers forståelse av <i>pasientens ressurser</i>	30
5.2 Kartlegging av pasientens ressurser	32
5.2.1 Ønske om mer tilrettelagt struktur	32
5.2.2 Man finner det man leter etter	34
5.2.3 Delte meninger om relasjonens betydning	35
5.3 Deltagelse og beskyttelsesbehov i en ressursorientert tilnærming	36
5.4 Kunnskap om utviklingshemming og salutogenese vektlegges	39
5.4.1 Overførbar kunnskap om utviklingshemming og selvstendiggjøring	40
5.4.2 Vernepleierens vektlegging av salutogenese og et helhetlig perspektiv	41
6 Kritisk refleksjon	43
6.1 Kritisk blikk	43
6.2 Egenrefleksjon	43
6.3 Vurdering av metode	44
7 Avslutning	45
Referanser	47
Vedlegg	51
Vedlegg 1	51
Vedlegg 2	53

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Tema for denne oppgaven er valgt på bakgrunn av inspirasjon fra helsepolitiske føringer, vernepleierfaglig forståelse og personlige forhold. Fokus på helsefremming var sentrale politiske føringer både i Opptappingsplanen for psykisk helse i tidsrommet 1998-2008 og i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009; Langeland & Vaardal, 2014, s. 46). Med bakgrunn i disse føringene har det oppstått etterspørsel fra fagmiljøer etter mer kunnskap om blant annet ressursfokus (Langeland & Vaardal, 2014, s. 46). Videre skal helsetjenestene bygge opp under pasientenes egen mestringsopplevelse gjennom å tilrettelegge for bruk av egne ressurser (Helsedirektoratet, 2009, s. 19). Dette understøttes også i veilederen *Sammen om mestring* hvor de peker på det å støtte opp om personens egne ressurser og innsats gjennom hele bedringsprosessen, og hvordan evner og kompetanse til å finne og anvende dette er et viktig kompetansemål i helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2014, ss. 72,112). I et rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 2017 omtales også kommunenes erfaring med å fremheve kartlegging av brukers ressurser og muligheter til mestring. Ved å gjøre dette som tillegg til å utrede problemer og utfordringer, finner de bedret livskvalitet for enkeltindividet og på lengre sikt også redusere kommunalt tjenestebehov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Vi kan i Fellesorganisasjonens (FO) brosjyre *Om vernepleieryrket* (2017) finne vernepleierens relevans med tanke på utdragene fra de nevnte offentlige skriv. Brosjyren beskriver blant annet at «Vernepleiere tar utgangspunkt i ressurser hos personen selv og nettverket. En viktig oppgave er å bistå den andre til å synliggjøre de behov og den kompetansen personen selv har» (Fellesorganisasjonen, 2017). Ordlyden *personens*-, *pasientenes*- eller *brukernes ressurser* er som en ser ofte brukt i bøker og i offentlige skriv, blant annet syv ganger i veilederen *Sammen om mestring*, men oftest uten at en ser nærmere definisjoner og diskusjoner om hva dette faktisk innebærer (Helsedirektoratet, 2014). Vernepleiere har et overordnet etisk verdisett knyttet til profesjonsnavnet sitt med forankring i FN's menneskerettighetserklæring og andre relevante konvensjoner (Fellesorganisasjonen, 2015). Et av vernepleierens mandat er derfor å identifisere barrierer og fordommer til sårbare grupper

gjennom sin etiske refleksjon, og å gjøre en innsats for å bryte disse ned (Fellesorganisasjonen, 2017).

Den teoretiske bakgrunnen for valg av tema er inspirert av et helsefremmende perspektiv. Helsefremmende arbeid er ifølge Garsjø, (2018, s.27) å «styrke beskyttelsesfaktorer» og «å fremme prosesser» som fører til god helse. Dette er et utgangspunkt til *ressursorientert* oppmerksomhet i psykisk helsevern (Langeland, 2014, s. 30). Langeland (2014, s. 30), sier at «tilnærmingen synes å ha betydelige verdier som fremmer nye retninger som bør utforskes.».

Alle tre studenter bak denne oppgaven deltok i forkant i et praksisprosjekt på et Distriktpsykiatrisk senter, heretter omtalt med *DPS*, hvor vi fikk praksiserfaring i utøvelse av miljøterapi. Dette har hatt innflytelse på valg av tema, og avgrensning av oppgaven. Vi ble forespeilt en praksis med et strukturert ressursfokus, men enkelte av oss opplevde at dette var noe mer uklart og mindre strukturert, enn hva vi hadde forventet. Vi erfarte at personalet hadde noe ulik oppfatning av hva egentlig mentes med pasientens ressurser. Dette medførte økt interesse for og har hatt en klar innvirkning på tema for oppgaven.

Før valgt tema var vi allerede inspirert av forståelsesrammene *salutogenese* og *recovery*. Vi ble også inspirert av blant annet boken *Relationspsykologi i praksis* (Rønsholdt, Groot, Godrim, & Bech, 2014) og artikkelen *Tverrprofesjonalitet eller innordning? En casestudie av vernepleieres forhandlinger om posisjon i distriktpsykiatriske sentre* (Folkman, Sverdrup, & Tveit, 2017). Gjennom utdanning, praksis og diverse teori har vi dermed tilegnet oss en for forståelse i forkant av arbeidet med oppgaven. Vi tenker at det i psykisk helsevern fortsatt kunne vært en bedre balanse mellom fokus på sykdom hos pasienten, og fokus på pasientens bedre sider. Vi tror dette vil kunne bidra til raskere bedringsprosess hos mange. Inntrykket vårt er også at det prates og skrives mye om pasientenes ressurser, men at det finnes en uklarhet i den faktiske betydningen av dette. I lys av disse politiske, vernepleierfaglige og personlige elementene er tema for oppgaven:

Ressursorientert tilnærming i psykisk helsevern.

1.2 Formål og problemstilling

Hovedmålene med oppgaven er blant annet å undersøke hvordan ressursbegrepet i forbindelse med pasienter, blir forstått av vernepleiere som praktiserer miljøterapi ved DPS, og hvordan begrepet kommer til anvendelse i praksis. Siden identifisering av pasientenes ressurser fremtrer som viktig i flere offentlige dokumenter, vil oppgaven søke etter svar på hvilken måte vernepleiere identifiserer slike ressurser hos pasientene gjennom miljøterapien. Oppgaven forsøker også å belyse vernepleierens faglige bidrag i en ressursorientert kontekst, samt hvilke erfaringer de har med å være ressursorientert, og til å bidra med å mobilisere pasientenes ressurser. Betydningen av relasjonen mellom fagperson og pasient i en ressursorientert kontekst, vil også være en av oppgavens delmål. På bakgrunn av tema og disse formålene er problemstillingen for oppgaven som følger:

Hvilke erfaringer har vernepleieren med fokus på pasientens ressurser i miljøterapien ved et DPS?

1.3 Avgrensning og struktur

Problemstillingen er avgrenset til å gjelde tre ulike DPS i Sør-Norge. DPS er en del av spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern for voksne (Dahl & Aarre, 2012, s. 15). Oppgaven tar altså ikke for seg andre helsetilbud i andre deler av psykisk helsevern eller førstelinjetjenesten. Kun erfaringer fra vernepleier i stillingen klinisk erfaringskonsulent og vernepleiere innen miljøterapi på sengepost ved DPS er tatt med. Oppgaven forholder seg ikke til individuelle samtaler med behandler, heller ikke erfaring fra sykepleiere eller annet personell ved DPS. Siden DPS er et allmennpsykiatrisk tilbud har vi ikke avgrenset videre til en bestemt pasientgruppe.

Mennesker som mottar helsehjelp benevnes med ulike begrep (Aadland, 2011, s. 110). I rundskriv for Pasient- og brukerrettighetsloven (2015) skriver de at pasientbegrepet skal brukes om mottakere, som «gis eller tilbys hjelp fra helsetjenesten, eller som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp». Rundskrivet definerer helsehjelp som «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell» (Helsedirektoratet, 2015). Ved DPS, og i denne oppgaven, benyttes derfor begrepet *pasient*.

Når vi i denne oppgaven omtaler *ressursorientert tilnærming* tenker vi på dette som et «paraplybegrep». Dette omfatter ulike begrep og teorier hvor fokus på ressurser er sentralt.

Roth og Fonagy (2014) viser til at siste tiår har resultert i forskning på at de to viktigste faktorene for en vellykket behandlingsprosess viser seg å være pasientens egne bedømmelse av relasjonen til fagperson og hva pasienten tar med seg inn i prosessen av egne ressurser (Leraand, 2018, s. 63). Relasjonen mellom pasient og fagperson kan altså spille en vesentlig rolle i bedringsprosessen. Relasjonen blir i denne oppgaven likevel kun belyst i den grad resultatene har vist at den gir en relevans for et ressursfokus.

Teori og offentlige skriv, blant annet nevnt innledningsvis, forteller oss gjerne om hvordan et ressursfokus *bør* praktiseres. Vår problemstilling vektlegger hvordan vernepleiere *erfarer det i realiteten*. Vår teoretiske referanseramme beskriver derfor kort en teoretisk forståelse av de mest sentrale begrep og teoretiske linjer brukt i oppgaven.

I disposisjonen ligger hovedkapitlene *Innledning, Teoretisk referanseramme, Metode, Resultat, Drøfting, Kritisk refleksjon og Avslutning*. Hovedvekten er i drøftingen, mens metodekapitlet også er godt beskrevet da dette var en viktig del av arbeidet og utgjorde mye læring for oss. Vi har valgt å ha en del vi kaller *Kritisk refleksjon* før avslutning hvor vi forsøker å se oppgaven i et selvgranskende perspektiv, noe refleksjon over prosessen med oppgaven, og også en vurdering av metode.

2 Teoretisk referanseramme

Kapittelet innledes med en kort beskrivelse av begrepene *Ressurs*, *Psykisk helsevern* og *Miljøterapi*. Videre vil vi tydeliggjøre *Ressursorientert tilnærming*, samt beskrive *Vernepleierfaglige kjennetegn*.

2.1 Begrepet *ressurs*

Ressurs er et lite begrep, men med stor mening og som blir brukt innenfor de fleste sammenhenger. De fleste har nok sett begrepet iblant annet politiske sammenhengene slik som naturressurser, finansielle ressurser eller ressursforvaltning. Det finnes en rekke definisjoner i ulike ordbøker. En av dem finner vi i (Ressurs, u.å): “Noe som kan utnyttes økonomisk eller som er til nytte på annen måte; hjulpekilde; reserve ...”. I engelsk ordbok finner vi definisjonen på resource: “a useful or valuable possession or quality of a country, organization, or person”. I amerikansk engelsk ordbok skriver de blant annet “something that can be used to help you” (Resource, u.å.). Alle har omtalt nytteverdien av en ressurs som en av bestanddelene. Det er også en kilde eller en reserve som kan bli brukt når en trenger hjelp. *Altså en kilde til ulike faktorer med nytteverdi for eieren og som en kan bruke når en trenger det*. Dette er utgangspunktet når vi videre bruker begrepet i oppgaven.

2.2 Psykisk helsevern

Ifølge helsedirektoratet er psykisk helsevern «undersøkelse og behandling av psykiske lidelser, inkludert nødvendig pleie og omsorg» (Helsedirektoratet, 2018). Hvordan synet på helse forstås, har stor innvirkning på utformingen av helsetilbudet (Garsjø, 2018, s. 32). Helse kan forstås «som fravær av sykdom, som ressurs og som livskvalitet». I et helsefremmende perspektiv forstås helse som en ressurs, men et syn på helse som livskvalitet er også inkludert (Mæland, 2016, ss. 26, 27).

2.3 Miljøterapi

Miljøterapi har sitt utspring ifra psykiatriske institusjoner med tilrettelegging for læring i miljøet. Drivkraften har vært å gjøre mennesker friske. I dag arbeider vernepleierne målrettet i miljøet til den som mottar hjelp, og har fokus på «trivsel, læring og endringsarbeid» (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, ss. 27,28). Ifølge Owren og Linde (2011, s. 19) har endringsarbeidet i miljøet historisk vært preget av at personen selv skal utvikle seg. Nordlund et al (2015, ss. 27, 28) sier at *terapi* kan gi en indikasjon på at det handler om behandling, og derfor endring hos individet. Miljøterapi er også tilrettelegging som «bidrar til endring, og utvikling av personens muligheter, uten at personen selv må endre eller utvikle seg først» (Owren & Linde, 2011, s. 20). Å kunne se helheten, og dermed kunne bistå med de delene som fremmer «utvikling, mestring, trivsel og livskvalitet», er en forutsetning i miljøterapeutisk arbeid (Ellingsen & Berge, 2014, s. 210).

Miljøterapi er bevisste, planlagte handlinger i miljøet. Gunderson miljøterapeutiske prinsipper legger til grunn at miljøterapien tilpasses individuelt, etter om pasienten trenger: «*Beskyttelse* – sikre fysisk velvære. *Støtte* – øke selvfølelse. *Struktur* – skape forutsigbarhet. *Engagement* – knytte seg aktiv til miljøet. *Gyldiggjørelse* – bekrefte pasientens individualitet og egenart». Prinsippene tar utgangspunkt i hva som er mest aktuelt både i situasjonen, og i symptombilde (Thorgaard & Haga, 2014, ss. 131-136). Handlingene utføres i samspill mellom pasient og miljøterapeut. Ved DPS, er team-møte en del av denne rammen. Et team inkluderer «pasienten selv, to miljøterapeuter og individualbehandler». Møtestrukturen har et recovery perspektiv, ved å trekke fram pasientens styrker og mestringserfaring, som deretter inkluderes i behandlingsplan, for å synliggjøre bedringsprosessen. Miljøterapiens hovedoppgave er i så måte å skape rammer for vekst og endring, hvor pasienten selv er aktiv deltagende (Leraand, 2018, ss. 53, 54, 62).

2.4 Ressursorientert tilnærming

Et ressursfokus finnes i elementer fra ulike teorier og begreper. Innenfor psykisk helsevern kan dette blant annet omhandle empowerment, recovery og salutogenese (Langeland & Vaardal, 2014, s. 46). Ifølge Brask, Østby, & Ødegård, (2016, s. 39) legger vernepleieren vekt på ressursorientering.

Det er ulike tilnærminger i psykisk helsevern. Patogenese vil si hvordan risikofaktorer og farer skal fjernes, mens salutogenese vil si hvordan muligheter, positive handlinger og utfall kan legges til. Bevisstgjøring av hva som er ressurser hos den enkelte, og å styrke det som fungerer fint, bedrer helsen. Det må utforskes hva som gir mening i livet, og det er essensielt å gjøre hvert menneske bevisst på helsefremmende faktorer (Langeland, 2014, ss. 16, 17). Det er i denne prosessen også grunnleggende å ha en god relasjon. Det handler om å skape tillit, og dermed legge til rette for at utvikling er mulig. (Langeland, 2014, s. 30).

I en ressursorientert tilnærming fokuseres det på faktorene knyttet til hvorfor ting går bra for mennesket, i motsetning til å se på hvorfor det går galt. Det er sentralt å se på menneskets styrker, og hvordan disse styrkene kan brukes til å løse en situasjon. Et positivt utviklingsmiljø motiverer mennesket i en vanskelig situasjon. (Rønsholdt et al, 2014, s. 155). Empowerment tenkning knyttes til sårbare menneskegrupper, deriblant mennesker med en psykisk lidelse. Det handler om å se på mennesket som aktivt og handlende, og som vil og kan sitt eget beste, dersom forholdene legges til rette for det (Askheim, 2012, s. 17). Sentralt i begrepet er *power*, som betyr styrke, kraft og makt. Det handler derfor om å mobilisere menneskers egne krefter og motvirke krefter som fremmer avmakt (Askheim, 2012, ss. 11-17).

Det kreves bevissthet og trening i å ha oppmerksomheten på ressurser og muligheter, ettersom det ligger naturlig i mennesket å være opptatt av farer og feil. Å identifisere og løse det som ikke fungerer, kan prege våre automatiske tanker og oppmerksomhet. En ressursorientert tilnærming er et oppgjør med denne tankegangen (Rønsholdt et al, 2014, ss. 151-153). Et helsefremmende utgangspunkt i menneskets ressurser, kan påvirke menneskets helse i positiv retning (Mæland, 2016, s. 17). Helsefremming bygget på recovery, tar utgangspunkt i bedringsprosessen, og retter seg i hovedsak mot miljøterapeutisk arbeid. Begrepet betyr å *komme seg*, og viser til en personlig og sosial bedringsprosess (Leraand, 2018, s. 62). Erfaringene til pasienten vektlegges, hvor det å søke etter ressurser og muligheter sammen, med og for pasienten (Karlsson & Borg, 2017, ss. 71-72). Salutogenese, som betyr *helse og opprinnelse*, er en viktig ledd i denne prosessen, og legger vekt på det som skaper helse og det som beskytter oss (Garsjø, 2018, s. 28). Antonovsky ser på *opplevelse av sammenheng* (OAS) som en nøkkelfaktor når det gjelder hva som er helsefremmende i et menneskes liv. OAS uttrykker hva som oppleves som *begripelig, håndterbart og meningsfullt*. *Begripelighet* handler om å forstå utfordringer som begripelige i motsetning til ubegripelig, kaotisk og

tilfeldig. *Meningsfullhet* handler om betydningen av å oppleve mening i livet, som igjen kan føre til engasjement. *Håndterbarhet* handler om i hvilken grad man har motstandsressurser til å håndtere livets utfordringer. Motstandsressurser kan ses på som indre ressurser, deriblant trygghet, selvtillit, ferdigheter eller kunnskaper. Det kan også ses på som ytre ressurser, eksempelvis tilgang på venner som er der for deg, eller mennesker man kan rådføre seg med (Bøe & Thomassen, 2017, s. 185).

Oppsummert kan man si at «paraplybegrepet» ressursorientert tilnærming er «faktorer som direkte bidrar til økt mestring, psykisk helse og velvære» (Langeland, 2014, s. 30).

2.5 Vernepleierens kjennetegn

Vernepleieren er autorisert helsepersonell med et bredt kompetansegrunnlag.

Vernepleierprofesjonen er unik på grunn av kombinasjon av helse- og sosialfag gjennom utdanningen. Den helhetlige kompetansen legger til rette for økt mestring, deltakelse, myndiggjøring og selvbestemmelse for brukeren (Fellesorganisasjonen, 2017, s. 3-4). Sentralt i kompetansegrunnlaget er vernepleierens helhetssyn på mennesket (Norlund et al, 2015, s. 18).

Historisk sett har vernepleierens yrkesutøvelse vært knyttet til arbeid med mennesker med utviklingshemming (Norlund et al, 2015, s. 15). Vernepleierprofesjonen har gjennom de siste 20 årene gjennomgått store endringer. Det skyldes i stor grad avvikling av de store institusjonene og ansvarsoverføring til kommunene. Det har ført til at vernepleieren nå jobber innen flere fagfelt, deriblant innen psykisk helsearbeid (Norlund et al, 2015, ss. 15-16). Ifølge yrkesetisk grunnlagsdokument skal vernepleieren bruke sin makt og innflytelse til å hjelpe brukerne med å synliggjøre sine egne behov og kompetanser. Brukernes egne ressurser skal mobiliseres slik at de i størst mulig grad kan få innflytelse over, og ta ansvar for eget liv (Fellesorganisasjonen, 2015).

Ifølge Brask et al (2016, s. 49) kan partnerperspektivet ses på som vernepleiers hovedperspektiv på individnivå. Partnerperspektivet innebærer individuell tilpasning og direkte samarbeid med den andre. Fokuset er på pasientens ressurser og mestringsmulighet. Vernepleieren er tilpasningsdyktig og sensitiv til signaler i denne samhandlingen. Dette kjennetegnes ved at vernepleieren gjennom utdanningen, kan ha kunnskap om det unike hos

den andre, samt har fått ett innblikk i livene til mennesker som lever med en utviklingshemming (Brask et al, 2016, ss. 61-67).

Det kan være ulik maktbalanse i hvordan vernepleieren bistår brukeren. Vernepleier kan handle på egenhånd, eller i samhandling med bruker. Dette vil kunne være synlig både på individ- og system nivå. Individnivå kan blant annet være sikkerhetsvurderinger, mens systemnivå kan være å ta ansvar for at bruker mottar den helsehjelp han har krav på (Brask et al, ss. 34-38). Begrepet paternalisme kan være en del av vernepleierens hverdag og handler om i hvilken grad man griper inn ovenfor pasienten uten at man har samtykke til det. Til en viss grad vil paternalisme være nødvendig, avhengig av brukerens forutsetninger og situasjonen vernepleieren står i. Å unnlate å gripe inn i situasjoner som kan være til skade for pasienten vil kunne ses på som en unnlatesessynd (Norlund et al, 2015, s. 106).

I vernepleiefaglig arbeid blir GAP - modellen ofte brukt i forståelsen av hvordan funksjonshemming oppstår. GAP - modellen er en relasjonell forståelse av funksjonshemming som fokuserer på at funksjonshemming oppstår i gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets og omgivelsenes fysiske eller sosiale krav sett i sammenheng med kontekstuelle og situasjonelle forhold (Owren & Linde, 2011, s. 38). Vernepleierens mål ut fra denne tenkningen er å både jobbe for å styrke individets forutsetninger samtidig som man jobber med å endre omgivelsenes krav slik at funksjonshemmingen reduseres. Dersom målet kun er å endre individets forutsetninger er man over i en mer medisinsk forståelse av funksjonshemming som ikke tar hensyn til omgivelsenes krav (Owren & Linde, 2011, s. 38).

Ifølge Brask et al (2016, s. 34) er vernepleierens systemfokus sentralt, med fokus på rammebetingelser og nedbygging av samfunnskapte barrierer. Spesielt er systemfokuset rettet mot gode samarbeidsformer blant annet det tverrprofesjonelle samarbeidet. Systematikk ses på som viktig i det vernepleiefaglige arbeidet. Det ses på som det motsatte av tilfeldig tilnærming (Nordlund et al, 2015, s. 55). Som en del av systematikken er kartlegging vesentlig. I kartlegging innhenter man informasjon om en utfordring knyttet til individet eller systemet, som danner grunnlag for videre valg av mål og tiltak. En viktig del av kartleggingsarbeidet er kritisk og etisk refleksjon av informasjonen man innhenter (Nordlund et al, s. 69).

Oppsummert kan man si at vernepleieren i miljøterapien kjennetegnes med en «faglig tilnærming, for å påvirke rammefaktorer og individuelle forutsetninger» (Brask et al, 2016, s. 23).

3 Metode

Dette kapittelet beskriver og drøfter studiens metodiske valg. Metode er en framgangsmåte for å innhente kunnskap, og er i så måte et verktøy for hvordan man ønsker å undersøke en problemstilling (Dalland, 2013, ss. 111, 112). Systematisk, kritisk og etisk refleksjon er essensielt i forskningsprosessen. Hvordan kunnskap innhentes, og bearbeides, vil være avgjørende for bacheloroppgavens vitenskapelige gyldighet (Malterud, 2017, ss. 15-19). Vi presenterer valg av metode, ulike vurderinger vi har gjort, og forklarer hvorfor, under overskriftene *Valg av metode*, *Utvalg*, *Dataproduksjon*, *Validitet og Reliabilitet* og *Forskningsetikk*.

3.1 Valg av metode

Vi valgt kvalitativ metode, og kvalitativt halvstrukturert forskningsintervju som design for å belyse problemstillingen. I denne delen gjør vi rede for *Kvalitativ metode* og *Innsamlingsmetode*.

3.1.1 Kvalitativ metode

Problemstillingen er avgjørende i valg av metode (Dalland, 2013, s. 136). Hva som er praktisk gjennomførbart blir også tatt hensyn til (Dalland, 2013, s. 114).

Malterud (2017, s. 32) sier at forståelse er målet i en kvalitativ metode. Vårt mål var å få en dypere forståelse til ressursbegrepet og ressursfokus innen psykisk helse. Vi ønsket å lytte til vernepleieres erfaringer og meninger, og trengte en metode som gav oss mulighet til å fange opp ulike perspektiver. Som studenter, ønsket vi samtidig erfaring fra en metode vi selv ikke hadde brukt før. Vi ønsket også å være nær informanten, ved å være så beskrivende og tro til informantenes erfaringer som mulig. Målet var derfor å utvikle egen kunnskap både om forskningsmetode og om vernepleierens opplevelse av fokus på ressurser ved DPS.

Vi har valgt å la oss inspirere av en abduktiv tilnærming, hvor empirisk forankring har hatt stor betydning for å etablere teori til drøftingskapittelet. Det har likevel vært en vekselvirkning mellom empiri og teori i oppgaven, som har bidradd til å utvikle en forståelse

av empirien (Thaagard, 2018, s. 184). Thaagard (2018) sier at teori som ikke tar utgangspunkt i empiri, vil kunne inneholde svakheter. Teoretisk bakgrunn derimot, vil kunne gi ulike perspektiver på empirisk fortolkning (Thaagard, 2018, s. 184). Å kombinere denne tilnærmingen er ifølge Manson (2018), en gjentagende prosess i abduksjon. Kontinuerlig veksles det mellom inspirasjon fra studentenes teoretiske referanseramme, empirisk analyse og nye perspektiver (Thaagard, 2018, s. 184).

Vårt mål var at den teoretiske referanserammen skulle lede oss til utvalg, men at empirien skulle lede oss til resultatet (Tjora, 2017, s. 18). Resultatene drøftes ut ifra de teoretiske referansene *Begrepet Ressurs, Psykisk helsevern, Miljøterapi, Ressursorientert tilnærming og Vernepleierens kjennetegn*, samtidig som det veksles mellom studentens undring og tolkning av resultatet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237). Oppgaven preges derfor av både induktiv og deduktiv framgangsmåte, det vil si at vi beveger oss mellom teori og empiri (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237).

3.1.2 Innsamlingsmetode

Formålet med å velge kvalitativt forskningsintervju som innsamlingsmetode av data, var å forstå tema som undersøkes ut ifra informantens eget perspektiv. Denne innsamlingsmetoden foretrekkes for å få fram de individuelle subjektive erfaringene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 42).

Vi utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. Kvale (2015) sier at et slikt intervju gir mulighet å innhente beskrivelser og fortolkninger, på noen gitte temaer, samt forslag til spørsmål. Rekkefølgen på spørsmålene bærer preg av åpenhet (Kvale & Brinkmann, 2015, ss. 156-157). Målet var en rød tråd i intervjuene, samtidig som det ga anledning for oppfølgingsspørsmål. Det ga en mulighet til å kunne gå i dybden der hvor dette var interessant.

Det ble utarbeidet tolv åpne spørsmål fordelt på tre temaer. Temaene ble valgt på bakgrunn av problemstillingen og vår forforståelse sammen med en god porsjon nysgjerrighet. Intervjuguiden var gjennom en omfattende revideringsprosess bestående av diskusjoner i gruppa, veiledning av veileder og metodeteori for å være best mulig forberedt til intervjuet.

Informantene fikk tilsendt denne sammen med hovedtema for oppgaven slik at de fikk mulighet til å reflektere på forhånd.

3.2 Utvalg

I denne delen omtaler vi prosessen for utvalg av kilder, hvorfor vi har et slikt utvalg, hvordan prosessen ble gjennomført og til slutt en presentasjon av utvalget. Dette fremstilles i gjennom *Rekrutteringsprosess* og *Presentasjon av informantene*.

3.2.1 Rekrutteringsprosess

Vi har brukt et strategisk utvalg, med en målsetting om at empirien best mulig kan belyse vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 58). Det er større sannsynlighet for å innhente magre og tilfeldige data om vi vet lite om hva vi vil undersøke nærmere gjennom datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 67). Utvalget ble også bestemt på bakgrunn av våre forventninger om at relevant data ville dukke opp. Vi hadde derfor satt noen strategiske kriterier i rekrutteringsprosessen som gjerne ville belyse vårt tema. Informantene skulle:

1. være ansatt ved et DPS, da vi også hadde praksiserfaring fra et DPS
2. helst være fra *ulike* DPS. For å øke sannsynligheten av å komme over spennende og unik empirisk data som ikke var basert på hendelser fra samme arbeidsplass
3. ha erfaring fra jobb på sengepost, da vi også hadde vært i praksis på sengepost
4. være vernepleiere, siden dette er vår utdanning og fokus
5. helst ha noen års erfaring i jobb innen psykisk helse. Ment for å øke sannsynligheten for gode eksempler fra empirien med et praksisnært bilde av virkeligheten

Vi rekrutterte to vernepleiere som innfridde kriteriene våre, via felles bekjentskap. Dette var praktisk og tidsmessig ideelt. Den siste vernepleieren prøvde vi å innhente fra et tredje DPS, men fikk her til svar at ingen var interessert i å bli intervjuet. Vi prøvde derfor å ringe et fjerde DPS og fikk der rekruttert siste informant. Kandidatene fikk vite at intervjuet ville omhandle tema *Ressursorienttilnærming i psykisk helsevern*.

3.2.2 Presentasjon av informantene

Endelig utvalg ble tre vernepleiere som arbeidet på tre ulike DPS i Sør-Norge. De er kvinner mellom 30 og 55. Én har videreutdanning innen psykisk helse, en annen innen kognitiv terapi. De har alle mellom 7 og 16 års erfaring innen psykisk helse i kommune eller spesialisthelsetjenesten. To jobber på sengepost, mens den tredje har jobbet på sengepost, men jobber nå som erfaringskonsulent. En er leder.

Avslutningsvis kan man si at dette utvalget vil kunne generere variasjon i perspektiv og erfaringer som studeres.

3.3 Dataproduksjon

Her viser vi hvordan dataproduksjonsprosessen ble gjennomført. Intervjuprosessen blir belyst gjennom omtale av forberedelsene til intervjuene, samt hvordan gjennomføringen av intervjuene foregikk. Analyseprosessen forklares via transkripsjonsprosessen, analysemetode med tilhørende tabell, samt utarbeidelsesprosess av resultat.

3.3.1 Intervjuprosessen

Informantene fikk på forhånd kortfattet informasjon om studien og gav skriftlig samtykke til deltakelse før intervjuet gjennom et skjema som er standardisert gjennom en mal, «informasjonsskriv til informanter» (NSD Norsk senter for forskningsdata, 2018). Her fikk de informasjon om at de når som helst kunne velge å trekke seg fra intervjuet. Informasjon om konfidensialitet og taushetsplikt kom også frem her.

To av intervjuene foregikk på informantenes arbeidsplass, mens ett intervju ble gjort på VID Sandnes. Intervjuene varte ca. én time hver og ble tatt opp på lydopptaker. Dette gav oss en forsikring om at alt som ble sagt er registrert, og at vi som intervjuere kan konsentrere oss om informanten, passe på å gå i dybden der det var naturlig, og gjøre en innsats for å få til god flyt og kommunikasjon (Tjora, 2017, s. 166). Alle tre studentene deltok i intervjuene og byttet på rollene: intervjuer, assisterende intervjuer og tids- og opptaksstyrer. Grunnen til dette var at vi alle gjerne ville være tilstede for å ha samme utgangspunkt for senere analyseprosess. I tillegg ville vi alle tilegne oss trening i intervjuprosessen. Vi fikk god trening i å lytte forventningsløst, stille naive og åpne spørsmål og det å vurdere hvor når en skulle prøve å gå

mer i dybden. Vi opplevde også at det kunne være anstrengende å være intervjuer. Det var derfor positivt å ha en intervju-assistent som også kunne følge opp hvis intervjuer stod fast eller overså potensielt viktige detaljer som var verdt å undersøke nærmere.

Opptakene av intervjuene ble transkribert ord for ord, og nærmest lyd for lyd. Det vil ofte være smart å gå detaljert til verks under transkriberingen, gjerne mer enn man tenker er nødvendig. Det kan være pauser i setninger, tenkelyder, eller andre ting som kan være relevant i analysen, men som vi ikke enda vet om kan være viktig (Tjora, 2017, s. 174). Vi møtte i transkripsjonen derfor noen utfordringer som blant annet handlet om vi skulle bruke dialekt eller om vi skulle gjøre om til bokmål, hvor grensen gikk for hvilke lyder vi skulle ta med og om vi skulle beskrive kroppsholdning, blick eller stemning i rommet (Tjora, 2017, s. 174). Vi transkriberte hvert vårt intervju da dette var en rettferdig fordeling og fordi vi alle ville ha erfaringen. Vi endte dermed opp med omgjøring til bokmål, mange tenkelyder og pauser, noen beskrivelser av hva som skjedde i rommet og enkelte blick og beskrivelser av kroppsholdning. Transkripsjonene dannet videre grunnlag for analyseprosessen.

3.3.2 Analyseprosessen

Utskrift fra intervjuene ble analysert med inspirasjon fra de ulike metodeforfatterne Erlingsson og Brysiewicz (2017), Graneheim og Lundman (2004) og (Tjora, 2017). Disse ble valgt på bakgrunn av hvordan de beveget seg fra empiri til teori, samtidig fant vi deres fremgangsmåte systematisk og oversiktlig.

Først leste vi samtlige transkriberte intervjuer flere ganger, for å danne oss et helhetlig inntrykk av empirien. Vi ble deretter inspirert av trinnene i modellen til Erlingsson og Brysiewicz (2017). Denne modellen består av fem trinn: meningsenheter, tekstkondensering, koding, kategori og tema.

Hele transkripsjonen ble delt opp i mindre enheter, kalt *meningsenheter*. Disse ble valgt på bakgrunn av sammenheng og mening. Teksten ble deretter forkortet i beskrivende karakter som *tekstkondensering*, og er inspirert av Tjora (2017) sin metode om å trekke ut kjernen i empirien. Videre fulgte koding. *Kodingen* bærer preg av å være en merkelapp som mest mulig presist beskriver betydningen av tekstkondensatet. Her la vi vekt på hva informanten *sa*, istedenfor på hva informanten snakket *om* (Tjora, 2017, s. 201). Det ble så hensiktsmessig å

gruppere disse kodene ved hjelp av *kategori*. Kategorien uttrykker transkripsjonens innhold. Graneheim og Lundman (2004).

Hver for oss har vi gjennomført disse trinnene i hvert vårt intervju. Alle tre intervjuene fikk all tekst, fra rådata til kategori, lagt inn i egenkomponert Excel modell. Her ble alle trinnene lagt i ulike kolonner, i tillegg til kolonne for å skille informantene (1,2,3). Det ble satt opp filtrering, sortering og søke muligheter, hvilket gjorde det mulig å få en felles og systematisk oversikt over empirien.

Siste trinn, *tema*, ble utarbeidet i felleskap for å danne en kollektiv forståelse av empirien. Tema er latent, som vil si at det uttrykker en underliggende mening som finnes i flere kategorier Graneheim og Lundman (2004). Vi hadde først seks tema. Tema som ikke belyste problemstillingen godt nok ble forkastet, og vi landet dermed på fire temaer. Tabellen nedenfor er et lite utsnitt som eksemplifiserer utarbeidelse av tema i analyseprosessen:

<i>Meningsenheter</i>	<i>Tekstkondensering</i>	<i>Koding</i>	<i>Kategori</i>	<i>Tema</i>
Ehm, hvis familie og venner er mer en belastning enn en ressurs. Ehm, det kan være at pasienten har gjort, eh., jeg kaller det for at de har brent noen broer i sykdom, som de gjerne har ødelagt litt for relasjonene sine, som kan være vanskelig for oss å fikse. Selv om det gjerne er veldig ønskelig fra pasienten sin side.	Familie og venner er en belastning. Brent noen broer.	Ressurs som belastning	hensiktsmessig verdi	Vernepleiers forståelse av pasientens ressurser
Jeg tenker at det er mange hobbyer og interesser som kan være en ressurs, men for at det skal være en ressurs, så må det være noe som pasienten kan nyttiggjøre seg i en bedringsprosess.	For at det skal være en ressurs, må det være noe som pasienten kan nyttiggjøre seg i en bedringsprosess.	nyttiggjøre seg	bedringsprosess	
Familie, f.eks. emm. Det er ikke slik at det å ha en familie i seg selv er en ressurs, men i det familien er et støttende apparat, eller noe som motiverer deg til jobbing, bedring, emm, noe som holder deg igjen fra noe destruktivt, så tenker jeg at det er en ressurs.	Noe som holder deg igjen fra noe destruktiv er en ressurs.	miljøterapeutisk effekt	hensiktsmessig verdi	
Jeg kaller det litt for «å gå litt på skattejakt», etter å finne pasientens sterke sider. Motivasjonen og det som tidligere har gitt glede. Eehm..	Skattejakt etter pasientens sterke sider	Skattejakt	Man finner det man leter etter	Kartlegging av pasientens ressurser
For det er klart at hvis du ikke er bevisst på at, altså hvis du ikke har det fokuset, altså hvis jeg ikke på en måte hadde tenkt at hun, eh., hadde noe å hente på å få fremheve sine ressurser, og dermed også kunne nyttiggjøre det seg. Så hadde jeg kanskje ikke hengt meg opp i det hun hadde sagt	Hvis ikke bevisst, så hadde jeg ikke hengt meg opp i det som hun hadde sagt	Personalets bevissthet	Man finner det man leter etter	
jeg vil tenke at mange pasienter hvis du spør dem hvilke ressurser har du, nei jeg har ingen, fordi du ser dem ikke selv, for eksempel på deprimerede pasienter, da er det bare en svart klump i hodet på deg, du ser ingenting. Da er det, det er nesten litt sånn detektiv arbeid altså. For alle mennesker tenker jeg har ressurser. Om det er psykiatri eller utviklingshemmede, så har alle en ressurs.	Det er nesten litt detektivarbeid, for alle har ressurser	Detektivarbeid	Man finner det man leter etter	

Avslutningsvis gav Excel modellen oss nå en mulighet til enkelt å adressere tema, kategori og koding mot kondensat og rådata. Ved å videre filtrere temakolonnen i Excel modellen, fikk vi systematisk og oversiktlig, dannet en sammenhengende tekst i transkripsjonskolonnen, som da inneholdt relevante utsnitt innen dette tema. Slik ble det mulig å øke empiri nærheten ved videre å velge ut sitater, og sette sammen rådata til resultatdelen, på en oversiktlig måte.

3.4 Validitet og Reliabilitet

I denne delen beskrives og drøftes kvaliteten i studien under overskriftene *Validitet*, *Reliabilitet* og *Refleksivitet*.

3.4.1 Validitet

Validitet eller gyldighet handler om å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. Vi må blant annet spørre oss om metoden vi har valgt har ført til en logisk vei til kunnskap for å belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 192). Et sentralt spørsmål å stille seg er om man har benyttet seg av relevante kartleggingsmetoder for å undersøke det vi ville undersøke (Malterud, 2017, s. 24). Vi drøftet og justerte intervjuguiden slik at kartleggingsmetodene skulle gi svar på det vi ville undersøke og gi oss mest mulig gyldig kunnskap. Gjennom hele prosessen har vi også stilt oss selv kritiske spørsmål, til hvorfor vi tar de valg vi tar. Kvale og Brinkmann (2015) forklarer hvordan man kan kontrollere studiens gyldighet ved å stille spørsmålene hva, hvorfor og hvordan gjennom hele forskningsprosessen. Dette for å fange opp svakheter studien kan ha (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211).

3.4.2 Reliabilitet

Reliabilitet eller pålitelighet handler om i hvilken grad man kan stole på resultatet man presenterer. Dette vil si noe om kvaliteten ved den gjennomførte studien. En sentral del av dette er å være åpen og ha et bevisst forhold til egen forforståelse og mulige feilkilder gjennom forskningsprosessen. Ved å vise til hvordan vi har samlet inn data og vist til potensielle feilkilder som har oppstått underveis gis leseren en mulighet til å vurdere påliteligheten av arbeidet (Dalland, 2017, s. 55). Dersom det er trekk ved selve studien som kan ha skapt resultatene kan man si at studien har lav grad av pålitelighet (Jacobsen, 2010, s.

142). Vi har tilstrebet et kontinuerlig fokus omkring forhold som kan ha påvirket studien gjennom hele forskningsprosessen. Under følger noen eksempler på forhold ved studien som kan ha påvirket resultatene.

Våre informanter fikk tilsendt hele intervjuguiden før intervjuene. Hensikten var at informantene da kunne forberede seg på temaet. Vi så for oss at vi da kunne få mest mulig relevant informasjon. Ulempen slik vi så det kunne være at informantene satt seg inn i teori knyttet til spørsmålene på forhånd og at svarene under intervjuene kunne bli veldig teoribaserte. I kvalitativ metode er målet blant annet å få vite mer om informantens personlige erfaringer, tanker, opplevelser, motiver og holdninger (Malterud, 2017, s. 31). Vi opplevde at informantene hadde forberedt seg på ulike måter. En informant hadde nedskrevne svar som hun tok med seg i intervjuet. På tross av dette mener vi at vi fikk frem mye av informantenes personlige erfaringer, tanker og opplevelser.

Dalland (2017, s. 60) forklarer hvordan det i intervjuet kan oppstå flere potensielle feilkilder. Det kan være på hvilken måte et spørsmål blir stilt og hvordan spørsmålet blir oppfattet av informanten. Det kan også være hvordan vi som intervjuere responderer på det informanten snakker om, som eksempelvis bekreftende nikk og engasjert kroppsspråk dersom informanten snakker om noe som intervjueren ønsker å høre. En annen potensiell feilkilde er hvordan man som intervjuer kan oppleve at informanten svarer det han tror intervjuer ønsker å høre. Noen av oss opplevde dette under intervjuene. Dalland (2017, s. 84) sier at det å stille spørsmål krever trening og erfaring, og har med intervjuerens kvalifikasjoner og gjøre. Alle forfatterne av studien satt i ettertid igjen med følelsen at man kunne stilt flere oppfølgingsspørsmål. Dette er et forhold som kan ha betydning for kvaliteten av den innsamlede dataen.

Forsøk har visst at forskjellige personer kan transkribere til dels veldig ulik data, etter å ha hørt gjennom samme intervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). En svakhet ved studien kan derfor være hvordan vi har transkribert intervjuene. Vi har transkribert hvert vårt intervju.

3.4.3 Refleksivitet

Vi har valgt å utdype våre refleksjoner om refleksivitet, da dette er sentralt i en empiri nær studie (Tjora, 2017, s. 250). I forkant av både teoretisk referanseramme og valg av metode, ble forforståelse til tema diskutert og skrevet ned. Forforståelsen dannet deretter bakgrunn for

valg av tema og problemstilling. Forforståelse i gruppen var blant annet at pasientens ressurser er viktige i bedringsprosessen, at personalet ofte tenkte på pasientens ressurser som hobbyer og interesser, samt at relasjonen var av stor betydning i å identifisere ressurser. Gruppen hadde en bevissthet rundt forforståelsen, og data fra informantene og kunnskap ble gransket aktivt med et åpent sinn (Malterud, 2017, s. 19).

Denne bevisstheten om et åpent sinn var særlig viktig for oss, og kan begrunnes med at refleksivitet kan være krevende når studien er empiri nær. Det kan være vanskelig å la være å henge seg opp i en bestemt situasjon, eller man kan la være å stille kritiske spørsmål, eller bare etterspørre studiens formål (Malterud, 2017, ss. 20, 49).

Vi reflekterer flere ganger over vårt bidrag til produksjon av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 273), og stilte kritiske spørsmål både til informantene og oss selv. Slike refleksjoner, kollektive og egne, førte til ny innsikt og forståelse. Det er vanskelig å hindre bias, men gruppen har forsøkt å forkaste egne konklusjoner og forestillinger, når resultat ikke har stemt overens med egne forestillinger (Malterud, 2017, s. 19).

Leseren får mulighet til å vurdere vår pålitelighet dersom vi er åpne om vår bakgrunn og forforståelse (Dalland, 2017, s. 55). Ifølge Dalland (2017, s. 59) er det en myte å kunne være verdinøytral som forsker. Han mener det er viktig og være bevisst sine verdier sett fra et politisk og faglig ståsted (Dalland, 2017, s. 59). Gjennom kontinuerlig refleksjon i gruppen har vi kommet frem til at studentene av denne studien har ett felles faglig ståsted, hvor fokus på pasienters ressurser, styrker, og muligheter ses på som sentralt i utøvelse av yrkesrollen. Dette kan ha med på å påvirke resultatene i studien, ved at man bevisst eller ubevisst ser etter svar som støtter opp om vårt faglige ståsted. Samtidig har vi alle hatt et bevisst forhold til vårt faglige ståsted gjennom hele forskningsprosessen.

3.5 Forskningsetikk

Her belyses etiske rammer underlagt arbeidet med oppgaven. Vi har valgt å vektlegge en utfyllende beskrivelse av de etiske prinsippene som vi har forsøkt å følge. Denne vektleggingen mener vi er relevant siden vernepleierutdanningen har et kontinuerlig fokus på etikk, parallelt med de andre emnene gjennom alle tre studieår. Vi har avgrenset dette med

overskriftene *Etiske rammer for oppgaven*, *Forskningsetiske grunnprinsipper* og *Betydningen av forskningsetikk i et vernepleierfaglig perspektiv*.

3.5.1 Etiske rammer for oppgaven

All forskning er underlagt etiske standarder som skal sikre at forskningen holder seg innenfor etisk og moralsk forsvarlighet og retningslinjer (Malterud, 2017, s. 211). Blant de etiske standardene er Helsinkideklarasjonen fra 1964, én erklæring som er relevant for medisinsk forskning (Malterud, 2017, s. 211). I Norge har vi i tillegg forskningsetikkloven og helseforskningsloven fra De nasjonale forskningsetiske komiteene (Malterud, 2017, s. 218). Vi retter oss i denne studien etter VID vitenskapelige høyskoles felles retningslinjer for bacheloroppgave fra 2016, revidert i 2018 (VID vitenskapelige høyskole, 2016). Her henvises det videre til de generelle forskningsetiske retningslinjene.

De generelle forskningsetiske retningslinjene er ikke ment som en erstatning for de fagspesifikke retningslinjene, men skal fungere som en inngangsport til forskningsetiske prinsipper og hensyn, også for de som ikke selv er forskere. (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016)

Vi har nå belyst hvilke etiske retningslinjer vi forholder oss til i oppgaven. Vi er ikke er forskere og studien er kun en øving i forskningspraktikk, men desto like viktig er det for oss at arbeidet foregår på en etisk forsvarlig måte, og at vi kan vise til dette.

3.5.2 Forskningsetiske grunnprinsipper

Forskningsetiske prinsipper som *respekt*, *gode konsekvenser*, *rettferdighet* og *integritet* danner grunnlag for de forskningsetiske retningslinjene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Videre tar vi utgangspunkt i disse prinsippene i tillegg til *ydmkyhet* som også er en holdning som kjennetegner forskningsetikken (Hummelvoll, 2010, s. 25).

Vi har kontinuerlig hatt fokus på å møte informantene med *respekt* og en bevisst *ydmkyhet* som studenter. Vi har invitert informantene gjennom nysgjerrighet til faget og deres erfaringer. Målet vårt har vært å ikke opptre dømmende dersom empiri ikke samsvarer med vår forforståelse. *Ydmkyhet* gjennom forskningen kan bety mye, siden det alltid vil være menneskelige faktorer hvor feil og feiltrinn må medberegnes, hos forskere som hos informanter (Hummelvoll, 2010, s. 25). Respekt for informantene vises også gjennom

informasjonen de fikk på forhånd med referanse til frivillig samtykke og intervjuguide omtalt i 3.1.2.

Konsekvensene studien har for informantene har også vært i fokus gjennom diskresjon, taushetsplikt og ivaretagelse av konfidensialitet og *integritet*. Lydopptakene fra informantene har vært låst inne under transkripsjon og slettet etterpå. Vi har unngått å forholde oss til pasienter, samt gjengivelser i tekst som bidrar til å identifisere pasienter eller andre personer.

Vi har vært bevisst på at informasjonen fra informantene skal gjengis på en *rettferdig* måte, altså slik det var ment med tanke på kontekst og faktisk intensjon fra informanten (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Ærlighet, åpenhet, systematikk og dokumenterbar tekst har vært viktige rettesnorer gjennom analysedelen. Ved å benytte sitater i presentasjon av resultat kan leseren selv gjøre sine meninger om det som ble sagt.

Hver deltaker i studiegruppen har også forsøkt å verdsette hverandres *integritet* gjennom å opptre ansvarlig, åpent og ærlig mot hverandre. Gjensidig *respekt* og en porsjon nødvendig omsorg i oppoverbakker har kjennetegnet arbeidet. Slike «kollegiale» forhold er også nevnt som en av de forskningsetiske retningslinjene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

Et *godartet* fag- og forskningsmiljø, som stimulerer kreativitet og ytelse, er et miljø hvor fagpersoner har forstått at fagfeltet/virkeligheten ikke kan fanges av bare ett perspektiv, men av flere. Et slikt miljø preges av at de grunnleggende menneskelige behov blir dekket, slike som *behovet for respekt*, *behovet for ansvar* og *behovet for omsorg*. (Hummelvoll, 2010, s. 23)

Samlet har dette ført til et granskende og reflektert fellesskap med et nødvendig kritisk blikk på eget arbeid og metode. En kan gjerne si at de forskningsetiske prinsippene er viktige for å gi forskningen refleksiv motstand som tidligere beskrevet.

3.5.3 Betydningen av forskningsetikk i et vernepleierfaglig perspektiv

En moralsk forskningsatferd kommer ikke bare av forskerens relasjon til forskningsetiske retningslinjer. Henry Coster (2003) mener at man forholder seg til ansvar og opptre etisk ut fra de aktuelle situasjoners krav (Hummelvoll, 2010, s. 18). Dette kjenner en godt igjen fra vernepleierens arbeid hvor det «å opparbeide en etisk holdning og basis som anerkjenner menneskeverdet for alle mennesker i alle situasjoner er et særlig viktig kunnskapsobjekt for

vernepleiere» (Ellingsen, 2014b, s. 42). Etikken og kritisk refleksjon ved vurdering og bearbeiding av innhentet informasjon ligger vernepleieren like sentralt som ansvaret for å innhente samtykke til å gjøre en kartlegging i utgangspunktet (Nordlund et al, 2015, s. 69). Det ligger en forpliktelse, men samtidig faller det vernepleieren mer naturlig å ha et fokus på etikk og refleksjon. Dette fordi profesjonen i stor grad arbeider med samfunnets mest sårbare grupper, som kontinuerlig utfordrer normene og idealene i samfunnet (Ellingsen, 2014b, s. 42).

4 Resultat

Kapittelet presenterer resultatet med bakgrunn i data fra analyseprosessen. Resultatet svarer på problemstillingen gjennom fire hovedtema, med tilhørende sub tema. Informantene blir fremstilt som *vernepleier* med merkene 1, 2 og 3, for dermed å gjøre resultatene mer transparente for leseren (Tjora, 2017, ss. 248, 249). Resultat er delt inn i temaene *Vernepleiers forståelse av pasientens ressurser*, *Kartlegging av pasientens ressurser*, *Deltagelse og beskyttelsesbehov i en ressursorientert tilnærming* og *Kunnskap om utviklingshemming og selvstendiggjøring*.

4.1 Vernepleiers forståelse av *pasientens ressurser*

For å forstå vernepleiernes erfaring av fokus på pasientens ressurser, er det relevant å finne hva vernepleierne legger i pasientens ressurser. Dette tema tar for seg noen av vernepleiernes assosiasjoner med hensyn til ressursbegrepet og belyses gjennom subtemaene *Hensiktsmessige kriterier* og *Forventninger om bedringsprosessen*.

4.1.1 Hensiktsmessige kriterier

To av vernepleierne var ganske enige om visse kriterier for å kunne kalle noe for pasientens ressurser. Det var nevnt blant annet hobbyer, interesser, familie og nettverk, personlige styrker og økonomi som typisk mulige ressurser. Vernepleier (3) forklarte kriteriene til disse med at pasienten må «kunne bruke det til noe hensiktsmessig», og at det må ha en «miljøterapeutisk effekt» i bedringsprosessen, for at det skal kunne være en ressurs.

Noe av det jeg kanskje synes er viktigst, er å skille mellom pasientens ressurser og pasientens hobbyer og interesser Jeg tenker at det er mange hobbyer og interesser som kan være en ressurs, men for at det skal være en ressurs, så må det være noe som pasienten kan nyttiggjøre seg i en bedringsprosess. (vernepleier 3)

Hun fortsatte med at samme prinsippet gjelder for relasjoner som ressurser. Et familiemedlem er ikke en gitt ressurs for pasienten:

Det er ikke slik at det å ha en familie i seg selv er en ressurs, men i det familien er et støttende apparat, eller noe som motiverer deg til jobbing, bedring, noe som holder deg igjen fra noe destruktivt, så tenker jeg at det er en ressurs. (vernepleier 3)

Vernepleier (2) sa at familie og venner, i noen tilfeller, kan være mer som en belastning enn en ressurs. Hun har erfart at det kan komme opp informasjon fra pårørende som bare forverrer situasjonen.

Oppsummert ser en at vernepleierne (1,2) erfarte at en ressurs måtte bidra til en hensiktsmessig effekt i bedringsprosessen før det kan kalles pasientens ressurs. Selv om pasienten har familie, nettverk, hobbyer og interesser, så kan altså ikke disse uvilkårlig ses på som pasientens ressurser.

4.1.2 Forventning om bedringsprosessen

Vernepleierne erfarte at tro på- og håp om egen bedring kunne bli sett på som viktige ressurser i pasientens bedringsprosess.

Vernepleier (3) erfarte at det er avgjørende at pasienten har «troen på at dette er noe som skal fungere». Hun sa: «Det er jo ikke en ressurs før du selv tenker at det er nyttig for deg.».

Vernepleierne (1,2) opplevde at håp om bedring var en ressurs, også dersom det var personalet som måtte «bære håpet» for pasienten. Dette gjaldt spesielt ved pasienter som har svært liten bedringstro.

Dette viser at vernepleierne verdsatte pasientenes forventninger til bedring og tenkte på dette som ressurser i seg selv. Dersom pasienten ikke selv forventet å bli bedre kunne det likevel være en ressurs for dem at personalet viste at de regnet med en bedring.

4.2 Kartlegging av pasientens ressurser

Dette tema beskriver hvilke erfaringer vernepleieren har i kartlegging av pasientens ressurser. Dette vises gjennom subtemaene *Ønske om mer tilrettelagt struktur*, *Man finner det man leter etter* og *Delte meninger om relasjonens betydning*.

4.2.1 Ønske om mer tilrettelagt struktur

To av vernepleierne ønsket mer fokus ved arbeidsplassen på hvordan sikre bedre kartlegging av pasientenes ressurser.

Vernepleier (2) erfarte at det ikke var en fast plan på kartleggingen av ressurser, eller et eget punkt for dette i det digitale journalsystemet DIPS. Det var opp til hver enkelt om dette ble skrevet inn i behandlingsplanen. Hun sa: «det er ikke så strukturert kanskje som det burde vært». Hun mente at de kanskje burde hatt større fokus på ressursene, og at det var en kartleggingsplan. Vernepleier (3) fortalte at de: «er ikke alltid like flinke til å definere, sånn type i behandlingsplaner, at dette er ressursene.».

Vernepleier (3) opplevde at det var «skremmende lite» informasjon, eller internundervisning med hensyn til pasientenes ressurser: «Vi har det inni mellom, men det er ytterst sjeldent. Det er kanskje én gang i året». Vernepleier (2) erfarte at ressursene ikke kom tydelig frem i sine arbeidsmaler:

Det er ikke veldig tydelig i dag ... i team oppsettene ..., malen for team-møtene og slikt. ... Det burde kanskje stå noe mer konkret om hvordan etterspør, hva skal etterspørres, hvordan snakke om dette, et eller annet som gjør at det kommer litt i gang. Hvordan en etterspør ressurser i en samtale, kan være avgjørende. (vernepleier 2)

Samlet viser dette at det fantes en forståelse blant vernepleierne om at fokuset på kartleggingsarbeidet og strukturen i dette kunne vært bedre. De tenker at det kunne være mer informasjon og en bedre plan på hvordan en kan kartlegge ressursene.

4.2.2 Man finner det man leter etter

Vernepleierne (1,2,3) erfarte at man i den naturlige samtalen må være nysgjerrig og følge med på hva som er pasientens styrker. En av vernepleierne (2) omtalte det slik: «Jeg kaller det litt

for å gå litt på skattejakt, etter å finne pasientens sterke sider ... det som tidligere har gitt glede.» «Å lete etter ressurser blir litt som detektivarbeid» forklarte en annen vernepleier (1).

Vernepleier (2) fortalte at hun ikke kartlegger ressurser systematisk, men heller gjennom den uformelle samtalen i miljøet. Vernepleier (3) erfarte også at samtale om ressurser ofte kommer uplanlagt.

Vernepleierne (1,2,3) erfarte at det er viktig å bekrefte og forsterke ressurser som dukket opp i en samtale.

Hvis du ikke er bevisst på ... å få fremheve pasienten sine ressurser Så hadde jeg kanskje ikke hengt meg opp i det altså, jeg tror det er viktig at vi har et fokus på det hele veien. (vernepleier 3)

Ifølge vernepleiere ved DPS, identifiseres pasientens ressurser ved å være nysgjerrig i naturlige og uformelle samtaler. Et bevisst forhold til pasientens ressurser opplevdes avgjørende for å lykkes med identifiseringen.

4.2.3 Delte meninger om relasjonens betydning

Vernepleierne opplevde relasjonens betydning mellom miljøterapeut og pasient ulikt. En av vernepleierne (1) mente at relasjonen var spesielt viktig dersom pasienten ikke var klar over sine egne ressurser.

En annen vernepleier (2) mente relasjonen var særlig viktig som grunnlag for å lykkes med å identifisere ressurser. Hun forklarte det slik:” ... relasjonen har alt å si, du får en dypere samtale, ting kommer frem. Det gir en trygghet og en tillit.”

Den tredje vernepleieren (3) mente at det ikke var behov for en dyp relasjon med pasienten for å kunne identifisere pasientens ressurser. Hun forklarte det slik:

Jeg tror ikke relasjonen mellom pasient og personal må være en kjempematch for at det skal fungere ... de kommer inn ... vi lager mål og så jobber vi mot det. Vi begynner der, og det er lenge før vi har fått en relasjon. (vernepleier 3)

Vernepleierne hadde delte meninger om relasjonens betydning når man identifiserte pasientens ressurser. Pasientens opplevelse av trygghet og tillit til miljøterapeuten, ble sett på som viktig.

4.3 Deltagelse og beskyttelsesbehov i en ressursorientert tilnærming

Dette tema beskriver hvilke erfaringer vernepleieren har i samhandling med pasienter i en ressursorientert tilnærming. Dette vises gjennom subtemaene *Reel deltagelse er nødvendig* og *Behov for beskyttelse*.

4.3.1 Reel deltagelse er nødvendig

Alle vernepleierne erfarte at reel deltagelse er nødvendig i en ressursorientert tilnærming. De erfarte at det er viktig å identifisere ressurser sammen med pasienten, at pasientens deltagelse var viktig.

Lykkes best med å fokusere på pasientens ressurser de gangene hvor pasienten selv er aktive, både i å identifisere ressurser, men og kanskje i å være med å planlegge hvordan de kan brukes. (vernepleier 3)

Vernepleier (3) hadde erfaring med at dersom hun fokuserer på hva hun mener er pasientens ressurser, uten å inkludere pasienten selv, kunne det være en fallgrube. Hennes erfaring var at de gangene hun ikke hadde lyktes med å fokusere på pasientens ressurser, var når hun hadde antatt istedenfor å sjekke ut med pasienten.

Jeg tror aldri vi kan gjøre noe galt i å utforske pasientens ressurser, men i det vi går inn og antar noe, så kan vi være ute på dypt vann. (vernepleier 3)

Avslutningsvis kan man si at de intervjuede vernepleierne ved DPS var opptatt av reel deltagelse som ett sentralt ledd i å anvende en ressursorientert tilnærming. De erfarte at et aktivt samarbeid mellom pasient og personal, var avgjørende for å lykkes i å fokusere på pasientens egne ressurser.

4.3.2 Behov for beskyttelse

Vernepleierne (1,2,3) mente det var viktig å ta hensyn til hvor pasienten er i bedringsprosessen, og erfarte at ressurser ikke alltid kan nyttiggjøres når pasienten har høy grad av beskyttelse.

Hvis du er aktiv psykotisk, så vil det ... være en del begrensninger, som gjør at du kanskje har ressurser som du ikke får nyttiggjøre deg, fordi at du er i et ganske lukket miljø, med mye, altså høy grad av beskyttelse. (vernepleier 3)

Vernepleierne (1,3) erfarte at dersom en pasient er veldig syk, så vil de ikke forsøke å mobilisere hele registeret med ressurser.

Vi har maniske pasienter som, si, elsker å gå på karate ... Det er ikke snakk om å droppe den karaten. Da må vi kanskje begrense. ... det er snakk om at pasienten blamerer seg og husker det i etterkant. (vernepleier 2)

Avslutningsvis kan man si at vernepleierne ved DPS, erfarte at symptombylde kunne påvirke ressursfokus. Når pasienter har høyt symptombylde vil identifiserte ressurser noen ganger ikke bli mobilisert, mens andre ganger må mobiliserte ressurser begrenses.

4.4 Kunnskap om utviklingshemming og salutogenese vektlegges

Temaet beskriver vernepleiers bidrag med kunnskap om utviklingshemming og salutogenese i en ressursorientert tilnærming. Dette vises gjennom subtemaene *Overførbar kunnskap om utviklingshemming og selvstendiggjøring* og *Vernepleierens vektlegging av salutogenese og helhetlig perspektiv*.

4.4.1 Overførbar kunnskap om utviklingshemming og selvstendiggjøring

Vernepleier (1) opplevde at kunnskap om tilnærming ovenfor mennesker med utviklingshemming ble sett på som overførbart til pasienter ved DPS. Hun forklarte dette med at fokus i arbeid med mennesker med utviklingshemming var selvstendiggjøring, mestring og det å kunne ivareta pasientens ressurser og ferdigheter.

Samtlige vernepleiere mente det var viktig å jobbe for at pasienten skulle bli mest mulig selvstendig, slik pasienten selv kunne mestre livets utfordringer etter utskrivelse fra DPS. Et eksempel handlet om en diskusjon mellom vernepleiere og sykepleiere knyttet til medisinaldeling og er basert på vernepleierens gjengivelse. Bakgrunnen for diskusjonen var at pasientene rutinemessig skulle komme og hente medisinen. Tidsrommet rundt medisinaldeling var ofte preget av høy møtevirksomhet. Dette førte ofte til noen av personalet gikk til pasientens rom og ga pasienten medisinen. Det ble gjort for å sikre at medisinen ble gitt til rett tid. Sykepleieren argumenterte for at det viktigste var at pasienten fikk medisinen til rett tid. Vernepleieren (3) forklarte hennes argument:

... hvis du tenker de skal ut herfra om en uke, så er kanskje det viktigste at pasientene får en rutine på å ta medisinen. Da må du komme deg opp og du må gjøre det som skal til for at du klarer å møte hjemmesykepleieren i døren ... (vernepleier 3)

Avslutningsvis kan man si at vernepleierne har fokus på hvordan pasienten skal mestre og klare seg selv når han blir utskrevet. Kunnskap om tilnærming ovenfor mennesker med utviklingshemming kan erfarte vernepleierne å være en viktig faktor i en ressursorientert tilnærming.

4.4.2 Vernepleierens vektlegging av salutogenese og et helhetlig perspektiv

Vernepleierne (1,2,3) mente at et helhetlig og salutogenetisk perspektiv burde vektlegges mer innen psykisk helsevern. Å tilrettelegge for mestring ble sett på som sentralt. Dette sitatet var betegnende:

Det er jo å finne de sterke sidene, og hjelpe de til det. Det mener jeg er vernepleieren sin jobb, å fokusere på de ressursene de har, for å få de til å mestre hverdagen sin. Og at vi må tilrettelegge for det. (vernepleier 2)

For at pasienten skal oppnå bedring av sin psykiske helse over tid, erfarte vernepleierne det som nødvendig å hjelpe pasienten med å hente frem ressurser i seg selv. En av vernepleierne forklarte det slik:

Jeg tror mye av det å bli frisk handler om at du må hente frem et eller annet inni deg selv. En pille kan dempe symptomer på alt fra angst til depresjon, men jeg tror ikke du blir kvitt angsten med å ta en pille, den bare demper symptomene i en periode. Jeg tror du må gjøre noe selv. (vernepleier 1)

Hun la større vekt på en salutogenetisk tilnærming i motsetning til en patogenetisk tilnærming i profesjonsutøvelsen. Samme vernepleier mente også at det kjennetegnet vernepleieren å arbeide med utgangspunkt i en salutogenetisk og undrende tilnærming i motsetning til medisinsk og prosedyrestyrt tankegang. Dette var tilnærminger hun hadde tilegnet seg fra vernepleierutdanningen. Samtidig mente hun det var behov for begge perspektivene.

En av vernepleierne (3) mente at det var flere profesjoner som er gode på å fokusere på pasientens ressurser og at det var små marginer som skilte profesjonene.

Avslutningsvis kan man si at vernepleierne erfarte at deres fokus på pasientens friske sider var viktig i motsetning til å være sykdomsorienterte.

5 Drøfting

I kapittelet vil resultatene, fra intervjuene med vernepleierne, bli diskutert i lys av oppgavens teoretiske referanseramme. Målet er samtidig å utdypende resultatet med faglig forankring, for å fremheve empirisk relevans. Drøftingen er organisert under de samme fire temaer som presentert i resultat.

5.1 Vernepleiers forståelse av *pasientens ressurser*

Her diskuteres ulike forståelser og perspektiv, fra resultat og teori, om hva som menes med pasientens ressurser.

Fra resultatene fremkom det at vernepleierne erfarte at det meste kunne betraktes som pasientenes ressurser. Samtidig tyder resultatet også på at det finnes bestemte, men nyanserte kriterier for dette. Definisjoner på ressursbegrepet (ref. 2.1) preges av at det er en kilde til ulike faktorer, som har en nytteverdi for eieren og som eier kan bruke når en trenger det. Denne forståelsen av begrepet samsvarer godt med resultatene hvor det ble poengtert at det ikke er en ressurs for pasienten, før pasienten tenker at det er nyttig eller hensiktsmessig for seg. Historisk stammer begrepet fra latinsk *resurgere*, som oversatt betyr *reise seg igjen*, eller *recover* på engelsk (Ressurs, u.å). Derav kan en hevde at begrepet opprinnelig kan ha vært brukt i forbindelse med mennesker som trenger å komme seg videre fra en i utgangspunktet vanskelig situasjon. Dette samsvarer med Antonovskys (1987) bruk av begrepet motstandsressurser, og beskrives som «enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning» (Langeland, 2014, s. 13). Antonovsky mener at en høy grad av motstandsressurser til å håndtere livets utfordringer, som han kaller stressfaktorer, fører til en opplevelse av *håndterbarhet* (Antonovsky, 2012, s. 50). Resultatene kan tyde på at det var viktig for vernepleieren å skille mellom uhensiktsmessige faktorer og ressurser. Dette kan noen ganger være en vanskelig oppgave. Hvis å lese bøker gjør pasienten roligere i en angstsituasjon, men gjør at pasienten isolerer seg, er det da en ressurs? Her vil vernepleierens faglige- og etiske skjønn bli et vesentlig element i vurderingen (Ellingsen, 2014b, ss. 23-45). Om disse faktorene kan anses som pasientens ressurser eller ikke, ville ut fra Antonovskys teori bestemmes ut fra personens *opplevelse av sammenheng*

(OAS). En høy grad av OAS vil gjøre en mer motstandsdyktig overfor stressfaktorer, mens det motsatte er tilfellet med lav OAS (Antonovsky, 2012, ss. 50-51). Med bakgrunn i dette kan man si at ressursene til pasienter er både individbasert, og situasjonsavhengig, og dermed kan hevdes å være vanskelig for andre enn pasienten selv å definere.

En vernepleier sa i intervjuet at en familie i seg selv ikke er en ressurs for pasienten, men det kan bli det om de er til nytte i bedringsprosessen. Enkelte omgivelser og relasjoner kan være støttende og bidra til en bedringsprosess, mens andre kan gjøre det motsatte og heller virke som en barriere (Borg & Topor, 2014, s. 19). Ressurser som dokumenteres ved DPS er imidlertid ofte svært generelle uten at det nødvendigvis forklares hvorfor det er en ressurs. Slik som «liker å strikke» eller «liker å gå på konsert» (Torbjørnsen & Aasland, 2018, s. 146). Det kan tenkes at en slik dokumentasjon av ressurser bærer preg av antagelser om at enkelte ytre faktorer, som ofte er ansett som ressurser, også er *pasientens* ressurser. Forskere med egen erfaring fra recovery har funnet at det å sette seg inn i personens situasjon, være lyttende, ha tillitt til at personen kjenner seg selv svært godt og samtidig minne seg selv på at hvert menneske er unikt, er sentralt fokus for fagpersonale som jobber med psykisk helse (Karlsson & Borg, 2013, s. 73). Det kan derfor hevdes at faktorer som skal dokumenteres som pasientens ressurser, bør spesifiseres og begrunnes fra individ- og situasjonsspesifikt blikk slik at en forstår hvordan disse kan bidra i bedringsprosessen.

Når det gjelder faktorer relatert til den enkelte pasienten, poengteres det i resultatdelen at viktigheten av pasientens egne forventninger og tro på bedringsprosessen er vesentlig, og hvordan dette kan være en ressurs i seg selv. Det kan likevel være vanskelig å oppdage indre faktorer, som håp eller tro på bedring, hos pasienter. Det kan være i livsfaser der en person ikke klarer å kjenne på hverken initiativ eller lystfølelse grunnet eksempelvis alvorlig depresjon. Når det gjelder vernepleierens rolle beskrives den å handle om å gi hjelp og støtte ut ifra pasientens forutsetninger og å ha et fokus på personers muligheter i eget liv (Nordlund et al, 2015, ss. 19-20). To av vernepleierne opplevde at det å «bære håpet» for pasientene var viktig når de ikke klarte det selv. Det kan derfor hevdes at en av vernepleiernes viktige oppgave, er å holde håpet oppe for pasientene som ikke klarer det selv, i visse faser i livet. Antonovsky (2000) sier at enkelte ressurser har vi selv kontroll over, mens andre er kontrollert av personer som vi stoler på og har tillit til. Det avgjørende for opplevelse av *håndterbarhet* er at vi innser at vi har disponible ressurser (Owren, 2011b, s. 112).

Avslutningsvis kan en si at indre faktorer, slik som håp og forventninger om bedring, får ikke bedringsprosessen i gang av seg selv. Like lite som en ytre faktor, slik som en pårørende som vil hjelpe, vil ha positiv effekt på bedringen dersom pasienten ikke vil motta hjelpen. Det er først en ressurs, når det oppleves til nytte eller hensiktsmessig verdi for pasienten.

5.2 Kartlegging av pasientens ressurser

Denne delen tar for seg noen sider av hvordan vernepleierne erfarte identifiseringen av pasientens ressurser ved DPS. Dette diskuteres under overskriftene *Ønske om mer tilrettelagt struktur*, *Man finner det man leter etter* og *Delte meninger om relasjonens betydning*.

5.2.1 Ønske om mer tilrettelagt struktur

Resultatene viser at en vernepleier ønsket bedre tilrettelegging på arbeidsplassen ved kartleggingen av pasientenes ressurser. I ett av intervjuene sier vernepleieren at det ikke er en fast plan for kartleggingen og at det ikke er et eget punkt for ressurser i behandlingsplanen, som ligger i den elektroniske pasientjournalen DIPS. Det kan ut av kontekst oppfattes som at arbeidsplassen ikke prioriterer pasientenes ressurser. På den andre side så sier ikke dette utsagnet noe om tilstedeværelsen av et ressursfokus blant personalet, noe som her forøvrig var forankret i ledelsen og fremkom gjennom en ressursfokusert personalkultur. DIPS derimot, kan sies å ta mindre hensyn til et ressursfokus og kartlegging deretter. I en studie gjennomført av Karlsen (2012) kan en lese at mange helseforetak hadde journalsystemer hvor en egen kolonne var satt av til kartlegging av pasientenes ressurser. De fleste helseforetakene byttet så ut sitt gamle journalsystem og investerte i DIPS. DIPS derimot, hadde ifølge Karlsen glemt å inkludere et slikt felt for denne kartleggingen, noe som kjøperne ikke har lagt merke til. På den ene siden er det altså gjort et kjøp av et system som skulle bidra til bedre og enklere kartlegging av pasientenes ressurser. Mens derimot realiteten er blitt et fagmiljø som ignorerer at journalsystemet deres ikke gir rom for kartlegging av ressurser (Karlsen, 2012). Fra resultatene ser vi at en konsekvens av dette er at pasientenes ressurser kan oppleves som et lite prioritert felt på systemnivå. Ressursene som ble ført i journalsystemet var som vernepleieren sa, dermed opp til hver enkelt personal å rapportere. Dette kan hevdes å gi tjenestene en noe redusert kvalitet. Et poeng med å identifisere pasientens ressurser er nettopp for at pasienten skal kunne bruke disse til å oppnå sine egne mål med behandlingen. Om en

derfor unnlater ressursene så vil en også ignorere fokuset på pasientens egne bedringsprosess (Torbjørnsen & Aasland, 2018, s. 146).

En annen vernepleier erfarte at det var «skremmende lite» informasjon og internundervisning om pasientenes ressurser. Resultatene kan altså tyde på at det verken er lagt opp til kartlegging av ressursene i pasientjournalene, eller nok informasjon til personalet om hva de skal se etter. I motsetning blir det skrevet i boken *Hvem er du?* om en kartleggingsmodell for ressurser, *Brainstorming over pasientens mestringsstrategier*. Her skal personalet beskrive så deskriptivt som mulig det de ser pasienten gjør, ikke hva de synes eller tolker. Deretter blir observasjonene ratet på en skala med blant annet *hensiktsmessig, mindre hensiktsmessig eller begge deler*. På denne måten vil en lettere kunne oppdage ressurser som tidligere ikke var synliggjort og som kan være betydningsfulle for bedringsprosessen (Torbjørnsen & Aasland, 2018, ss. 99-101). Dog er det vanskelig å si hvor mye denne kartleggingen faktisk er brukt i praksis. Dermed kan en hevde at forutsetningene for en ressursorientert tjeneste ved DPS kanskje kunne vært bedre.

I tillegg til å kunne argumentere for en manglende registrering i journalsystem, vises det også til et forbedringspotensial i miljøterapiarbeidet med pasienten. Ved DPS finnes det arbeidsmaler for blant annet team-møter med pasienten. Dette kan gjerne ses på som en type kartleggingsverktøy. I et intervju sa vernepleieren at det burde være mer tydelig i slike maler hvordan en skal spør pasienten om ressurser og hva en skal spørre om. Utformingen av behandlingsplanen kan være en invitasjon til en første opplevelse av at helsepersonell er interessert i å høre om ressursene deres og ikke bare problemene. Den ene tingen som pasientene som regel er vel vitende om er nettopp hva som *ikke* fungerer i livene deres (Torbjørnsen & Aasland, 2018, s. 139). Det vil derfor være viktig å kunne stille spørsmål på en måte som ikke gir feil signaler ovenfor pasienten, slik som eksempelvis å få frem mer presist de individuelle ytre og indre faktorer som argumentert i ovenstående resultattema (ref. 5.1).

Det kan kanskje oppleves krenkende dersom pasienten får en opplevelse av at en fagperson neglisjerer problemet de faktisk søker hjelp til. Hummelvoll (2012) sier at et grunnleggende element for å nå frem med hjelp til en pasient, er at pasienten har tro på at personalet har en genuin intensjon om å gjøre vedkommende godt (Hummelvoll, 2012). Team-møtene er bygget på recovery som grunnleggende prinsipp, og kan derfor argumenteres for å baseres på det Hummelvoll sier (Leraand, 2018, s. 62). Samtidig er det sentralt å være oppmerksom på,

at måter å bruke språket på også kan oppfattes som krenkende eller uverdig, og det er lett å trå feil (Karlsson & Borg, 2017, s. 93). Med bakgrunn i dette kan en kanskje hevde at det nettopp derfor er viktig å ha tilgjengelig god informasjon i arbeidsmalene i miljøterapien, som sier noe om hvordan en skal etterspørre ressursene til pasientene.

5.2.2 Man finner det man leter etter

Resultatet antyder at vernepleieren bevisst rettet oppmerksomheten på, samt fremhevet, det som fungerer bra hos pasienten. Det kan kanskje tenkes at utgangspunktet er å møte pasienten med et åpent sinn, samtidig vil det pasienten sier eller gjør, også kunne tolkes av vernepleierne. En har gjerne hørt uttrykket «Er glasset halvtomt, eller er glasset halvfullt?». Helgesen (2015) sier at det man finner i den ytre verden, fortolkes av sanseinntrykkene, ved hjelp av stimuli og inn i bevisstheden. Denne prosessen er selektiv. Det som ikke oppfattes relevant, utelates (Helgesen, 2015, ss. 53-55). Hva som inkluderes i denne prosessen, er derimot avgjørende for hvordan situasjonen tolkes (Rønsholdt et al, 2014, ss. 151-155). Det som sies eller gjøres, kan tolkes basert på hypoteser, om hvordan man opplever at ting henger sammen. Hjernen søker gjennom indre mentale forforståelser, etter det som gir mest mening. Samtidig kan også forventninger om hva man ser etter, prege hvordan informasjon oppfattes og tolkes (Holt, Sutherland, Vliek, Passer, & Smith, 2015, ss. 187, 188). En kan gjerne si at dersom vernepleiere forventer å finne ressurser, så finner vernepleieren ressurser. Rønsholdt et al (2014, s. 159) uttrykker at vi har mulighet for å justere forventninger, og dermed kunne velge en ressursorientert oppmerksomhet og fortolkning. Ifølge Brask et al (2016, s. 51) fokuserer vernepleieren på ressurser og mestringsmuligheter med en bevisst oppmerksomhet (Brask et al, 2016, s. 70).

Resultatet viser at vernepleierne erfarte at å gå på *skattejakt* for å oppdage pasientens ressurser, er sentralt. Bredland, Linge og Vik (2011, s. 50) sier at man alltid må lete etter ressursene, og forvente at alle har ressurser. Å jakte ressurser aktivt, kan i noen sammenhenger, generere en fare for at utfordringene pasienten har, bagatelliseres (ref. 5.2.1). Utfordringer skal uansett ikke ignoreres, men i en ressursorientert tilnærming skal man starte der pasienten *er*, og videreutvikle ressursene istedenfor å rette oppmerksomheten mot utfordringene pasienten har (Bredland et al, 2011, ss. 50, 51). Ifølge Helgesen (2015) kan fokusert oppmerksomhet være energikrevende, men er nødvendig dersom oppgaven er kompleks (Helgesen, 2015, ss. 53-55). Å jakte ressurser kan kanskje tenkes å være en

kompleks oppgave. Bjørndal (2011, s. 141) uttrykker at observasjon og vurdering er komplisert, men kan samtidig være preget av vaner og tilfeldigheter. I resultatdelen kommer det fram at kartlegging av ressurser ofte finner sted i uformelle, uplanlagte og naturlige samtaler. Ifølge Bjørndal (2011, s. 141) kan lite planlagte observasjoner ofte skape etiske dilemmaer. Man skal nemlig ikke kartlegge *alt*, men kun ta hensyn til det som er relevant for pasientens utviklingsmuligheter. Det etiske vil i denne sammenheng handle om at en bevisst vurderer hva som er mest hensiktsmessig for pasienten (Bjørndal, 2011, ss. 141, 143). Det kan likevel tenkes at vernepleieren er bevisst den komplekse oppgaven, ettersom det i resultatdelen kom fram at de tilsynelatende lykkes best med å identifisere pasientens ressurser i den uplanlagte og uformelle samtalen.

Avslutningsvis kan det sies at det kreves trening til, for å være bevisst, og å legge merke til pasientens ressurser (Bredland et al, 2011, s. 78). Ved å ta utgangspunkt i en ressursorientert tilnærming, med oppmerksomt fokus på pasientens evner og mestringsstrategier, blir utviklingsmulighetene positive. Å ha en ressursorientert tilnærming, kan i denne sammenhengen sies å være et aktivt valg, et valg i å oppdage og fremheve det positive (Rønsholdt et al, ss. 151-155).

5.2.3 Delte meninger om relasjonens betydning

Resultatene viser at vernepleierne har delte meninger omkring relasjonens betydning ved kartlegging av pasientens ressurser. En av vernepleierne mente at behovet for relasjonen ikke var så viktig, grunnet at man startet arbeidet med pasienten umiddelbart etter innleggelse, og at det dermed ikke var nok tid til å danne en god relasjon. Ifølge Rønsholdt et al (2014) oppstår et ressursfokustert perspektiv i relasjonen mellom mennesker og ikke i individer. For å unngå at det ressursfokusterte perspektiv blir en del av et individualistisk menneskesyn, må det utøves på et relasjonelt fundament. Dersom man ikke tar hensyn til relasjonen blir det også en mer medisinsk forståelse av mennesket (Rønsholdt et al, 2014, ss. 166-167). En annen vernepleier mente på den andre siden at hennes relasjon til pasienten var av særlig viktig betydning når man skulle kartlegge pasientens ressurser. Ifølge Røssberg (2018, s. 41) kan en god relasjon mellom pasient og personal være avgjørende for utfallet av behandling. En kan med dette hevde at de delte meningene om relasjonens betydning, fra intervjuene, kan begrunnes i den korte tiden en pasient potensielt sett er innlagt. Det vil dermed være varierende hvor god relasjonene mellom pasient og personal kan bli. Altså må en i enkelte

tilfeller intensivere kartleggingen i miljøterapien, mot andre tilfeller der en har bedre tid til å bygge en relasjon.

Imidlertid viser resultatene at vernepleierne er enige om en viktig forutsetning for kartleggingen, at relasjonen mellom pasient og personal er basert på trygghet og tillit. Ifølge Røssberg (2018, s. 41) kan måten pasientene blir møtt av personalet på få konsekvenser for videre behandling. At pasientene føler trygghet til og opplever personalet som tillitsfulle er da viktig.

Avslutningsvis kan det på bakgrunn av våre resultater og annen teori (Rønsholdt et al, 2014; Røssberg, 2018) tyde på at relasjonen, og pasientens opplevelse av trygghet og tillit til personalet, kan være en sentral faktor i en ressursorientert tilnærming. En kan også si at graden av intensivitet på kartleggingen, vil i noen tilfeller kunne ha mer å si for å finne ressursene enn relasjonen vil.

5.3 Deltagelse og beskyttelsesbehov i en ressursorientert tilnærming

Her drøfter vi samhandling med pasienter i en ressursorientert tilnærming, i miljøterapien ved DPS, gjennom teori og vernepleiernes erfaringer.

Resultatene viser at deltagelse fra pasienten kan forstås som sentralt for å anvende en ressursorientert tilnærming ved DPS. Slik det fremkommer i resultatene kan man anta at vernepleieren lykkes best når pasienten deltar i miljøterapien, og når pasienten er inkludert. Pasientens engasjement i sitt eget liv er en form for deltagelse, samtidig kan man også si at deltagelse kan handle om hvordan pasienten føler seg inkludert (Bredland et al, 2011, s. 39). Et samarbeid mellom personal og pasient er essensielt i utøvelse av vernepleie (Fellesorganisasjonen, 2015). Deltagelse er forankret i politiske og juridiske plikter, og rettigheter, hvilket indikerer at vernepleierne bør legge til rette for deltagelse i miljøterapien (Ellingsen, 2014a, ss. 145-146). For det første har pasientene en juridisk rett til å medvirke, jamfør (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1, §3-2), og for det andre skal vernepleier legge til rette for deltagelse i forhold som berører pasientens integritet, jamfør (Psykisk Helsevernloven, 1999, §4-2), og for det tredje har pasienten en menneskerett til å få mulighet til å delta (Bredland et al, 2011, s. 39).

Det kan kanskje tenkes at maktbalansen i dette samarbeidet påvirker ressursfokuset. Arnstein (1969) skiller mellom *ulike former for deltagelse*. Tilsynelatende deltagelse, der kontroll og makt ikke er delegert pasienten, og symbolsk deltagelse, hvor kun informasjon og konsultasjon er gitt. Reel deltagelse og reel innflytelse derimot, er når en omfordeling av makt i form av likeverdig partnerskap og brukerstyring oppstår (Haukelien, Møller, & Vike, 2011, s. 22). Resultatene indikerer at vernepleier har erfaring med at pasienten deltar aktivt i en ressursorientert tilnærming, hvilket kan tyde på reel deltagelse og en likevektig maktbalanse mellom vernepleier og pasient er sentralt. Først når personalet tar utgangspunkt i pasientens perspektiver, vil det nemlig bli lagt til rette for en likevektig maktbalanse, som deretter tar utgangspunkt i pasientens egne ressurser (Storm, 2009, s. 42). Brask et al (2016, ss. 93-97) peker på at vernepleierne har et partnerperspektiv, hvor likeverd anses som en grunnleggende verdi. Deltagelse handler likevel ikke kun om maktutjevning, det dreier seg også om å mobilisere ressurser. På den ene siden så kreves det at personalet mobiliserer pasienten til å delta i den ressursorienterte tilnærmingen, mens det på den andre siden kreves at personalet tilpasser mobilisering etter pasientens symptombilde (Storm, 2009, ss. 28, 29). Selv om vernepleieren ofte har et partnerperspektiv, tar også vernepleieren ansvar. Det legges til rette for å «spille den andre god». Vernepleieren har nemlig et ansvar i å bidra til mobilisering av pasientens egne ressurser (Brask et al, 2016, ss. 93-97).

Vernepleierne hadde også erfaringer med at pasientens ressurser var basert på personalets oppfatninger, og at oppfatningene ikke var sjekket ut med pasient selv. Det er ikke personalets egen forståelse av hva ressurser er, som skal styre mål for pasienten i miljøterapien (Bredland et al, 2011, s. 42). En ressursorientert tilnærming kan på den ene siden handle om vernepleierens forståelse av hva pasientens ressurser er, mens det på den andre siden kan handle om faglig kunnskap (Brask et al, 2016, s. 191). Våre resultat peker i retning av at vernepleierne hadde faglig kunnskap om brukermedvirkning. De anstrengte seg for at pasientene skulle medvirke i å mobilisere sine egne ressurser. Samtidig erkjente de at det noen ganger kunne være en fare for å utøve svak paternalisme. Det kunne da bli en fallgrube, som førte til at vernepleierne ikke lyktes i en ressursorientert tilnærming. Resultatet antyder at vernepleierne måtte sette begrensninger for pasientene med høyt symptombilde. Dette kan handle om at pasienten har utilstrekkelig selvkontroll og trenger skjerming, eller det kan handle om å trygge omgivelsene for å dempe angst og uro (Hansen et al, 2007, s. 21). Miljøterapeutisk arbeid handler om å ivareta pasientens omsorgsbehov

(Torbjørnsen & Aasland, 2018, ss. 146, 147), ved å fremme trivsel og gjøremål i bedringsprosessen (Thorgaard & Haga, 2014, s. 127).

Resultatet viser at vernepleierne hadde fokus på pasientens bedringsprosess ved å tilsynelatende skape ideelle forutsetninger for pasienten. Helsefremmende arbeid kan derimot også være å avklare spesifikke faktorer i miljøet, som kan være *helsehemmende* (Ellingsen & Berge, 2014, s. 207). Men dersom et ressursfokus utelates av fagpersoner, kan det være risiko for at ressurser hos pasienten overses (Thorgaard & Haga, 2014, s. 127).

Å tilrettelegge for ideelle bedrings forutsetninger for pasientene, kunne i våre resultater handle om å forandre miljøet rundt pasientene. Dahl (2012) sier at en slik miljøforandring vil kunne redusere symptomer og lidelser (Dahl, 2012, s. 72). Det er likevel viktig å påpeke at å styrke individets forutsetninger for bedring, også kan ha god innvirkning på å redusere eventuelle gap mellom pasient og miljøet rundt pasienten (Owren, 2011a, s. 38). Ved å fokusere på individets styrker, selv ved høyt symptombyrde, økes bedringsfokus hos pasienten (Thorgaard & Haga, 2014, s. 127). Samtidig vil det i mange tilfeller være slik at en situasjonstilpasning, kan være det beste utgangspunktet for å styrke individet (Owren, 2011a, s. 38).

Å styrke individet, kan i miljøterapien ved DPS, handle om gyldiggjørelse, ved å bekrefte og styrke pasientens identitetsfølelse og selvfølelse (Thorgaard & Haga, 2014, s. 135). Det kommer likevel ikke godt fram i resultatet, hvilke erfaringer vernepleieren hadde med å gyldiggjøre pasienter med høyt symptombyrde. Kan dette tyde på at det var en annen faglig tilnærming, uten ressursfokus, for pasienter som trenger beskyttelse? Røkenes og Hanssen (2012) sier at den faglige tilnærmingen kan være avgjørende for samhandlingen med pasienten (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 160). Samtidig kan det også handle om menneskesyn og for forståelse, at ved høyt symptombyrde så trenger *alle* sammen beskyttelse. Historisk sett skulle pasienter tilpasse seg de kollektive normer, og når disse var tilpasset oppnådde de privilegium og frihet (Mandelid, 2018, s. 27). I regjeringsplanen, Omsorg 2020, kommer det tydelig fram at det *i dag* skal fokuseres på å aktivere pasientenes egne krefter, som vil igangsette prosesser som kan styrke individet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, ss. 6, 11).

I resultatdelen kom det fram at en pasient tilsynelatende måtte tilpasse seg de kollektive normer, for å forhindre blamering av seg selv. Det kan tenkes at vernepleieren tilsynelatende identifiserer de konsekvenser en blamering vil kunne ha, og beskytter pasienten fra en slik handling med skjerming. På den ene siden vil det trolig kunne være langsiktige framtidige konsekvenser, som legges til grunn for beskyttende tiltak (Christoffersen, 2005, s. 33). Det kan uansett være krevende for mennesker å definere hva som er aksepterte normer, og hva som oppleves som blamering (Askheim, 2014, ss. 73, 74). Hva som er et godt resultat, eller en dårlig konsekvens av blamering, bør defineres sammen med pasienten. En kan ha ulikt verdisyn, og dermed ulike tanker om hva som er en god eller en dårlig konsekvens av en handling (Christoffersen, 2005, s. 31). På den ene siden kan det være at det også ligger en moralsk forpliktelse bak det å beskytte, samt skjerme pasienten, uavhengig av konsekvenser (Christoffersen, 2005, s. 40). «Å ville det beste for pasienten» i psykisk helsevern, kan kanskje tenkes å være en universell moralsk forpliktelse. Aarre (2010, ss. 126, 127) sier dog, at paternalismen hører fortiden til.

Avslutningsvis kan man kanskje si at vernepleieren i en ressursorientert tilnærming, slik det kommer frem i vårt materiale, har som mål å ivareta pasientens selvbestemmelse og rett til deltagelse. Samtidig må pasientens beskyttelsesbehov ivaretas. På den ene siden, kan for raske konklusjoner om pasientens beste, det være konsekvenser eller moralske forpliktelser, gripe inn i pasientens rett til å aktivere sine ressurser (Askheim, 2014, s. 73). På den andre siden må man være en god støttespiller, og bistå pasienten i å ta gode autonome valg for å nå sine mål (Aarre, 2010, s. 127). Vernepleieren har som autorisert helsepersonell, en juridisk forpliktelse til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4).

5.4 Kunnskap om utviklingshemming og salutogenese vektlegges

Det diskuteres i denne delen kunnskap om utviklingshemming og salutogenese, som vernepleierne ser på som en sentral del av en ressursorientert tilnærming. Følgende subtema blir diskutert: *Overførbar kunnskap om utviklingshemming og selvstendigjøring og Vernepleierens vektlegging av salutogenese og et helhetlig perspektiv.*

5.4.1 Overførbar kunnskap om utviklingshemming og selvstendigjøring

Resultatene indikerer at vernepleierens kunnskap gjennom arbeid med mennesker med utviklingshemming, kan være overførbart til arbeid i psykisk helsevern. Kunnskapen vil også kunne være viktig for ivaretagelse av ressursfokus. Dette understøttes av Owren (2011b, s. 107) som skriver at deres kompetanse er overførbart til blant annet mennesker med psykiske helseplager. I brosjyren *Om vernepleieryrket* fra Fellesorganisasjonen (2017) finner vi også at kunnskapsgrunnlaget i vernepleierfaget i stor grad bygges på arbeid med mennesker med utviklingshemming, hvor et fokus på blant annet pasientens ressurser og selvstendighet er viktig. En kan altså fra teorien støtte opp om vernepleiernes erfaring av overførbarhet.

I annen forskning (Folkman et al, 2017, s. 65) fremkommer det at ledere ved DPS mener vernepleierens kunnskap om utviklingshemming kommer til nytte hvis det er pasienter med utviklingshemming. På den andre siden ser det ut som lederne kun ser nytten av vernepleierens kunnskap om hva utviklingshemming innebærer, og ikke spesifikt med tanke på tilnærmingssmåte eller forståelse av disse pasientene. En sykepleier derimot peker på vernepleierens kunnskap om utviklingshemming og hvordan den særlig kommer til nytte dersom en pasient har behov for stram struktur under innleggelsen (Folkman et al, 2017, s. 65). Ifølge vernepleiere selv, besitter de kunnskap om mennesker med utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser som er viktig med tanke på hvordan man forstår dem. Ett eksempel handler om hvordan en pasients sykdomsbilde kan misforstås, for eksempel ved at utviklingshemming kan forveksles med en psykose (Folkman et al, 2017, s. 63).

Det ser ut som det er delte meninger om vernepleierens spesifikke målgruppekunnskap og hvordan den kommer til nytte ved DPS. Anbefalinger viser imidlertid at mennesker med psykiske lidelser samtidig med lettere psykisk utviklingshemming bør få behandling ved DPS (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 43). Om disse anbefalingene i realiteten blir fulgt opp ved DPS er det vanskelig å gi svar på her. Med bakgrunn i egne resultater og annen forskning (Folkman et al, 2017) kan det tenkes at den spesifikke målgruppekunnskapen vernepleieren besitter i større grad kunne blitt utnyttet innenfor DPS.

Resultatene viser også vernepleierens fokus rettet mot å hjelpe pasienten til å mestre dagliglivet og å bli mest mulig selvstendig etter utskrivelse. Dette er i tråd med annen forskning (Folkman et al, 2017, s. 64) der vernepleieren mener det å bidra med å ta tak i pasientens styrker og legge til rette for hjelp til selvhjelp ses på som grunnleggende i utøvelse av vernepleie.

Selvstendigjøring kan knyttes opp mot begrepet empowerment, oversatt til myndiggjøring på norsk. Myndiggjøring handler om maktoverføring der vernepleieren fungerer som en tilrettelegger for at pasienten ved hjelp av egne ressurser for mer innflytelse i eget liv (Brask et al, 2016, s. 74). Det vil være naturlig å se eksempelet om medisinalutdeling fra intervjuet i sammenheng med empowerment-begrepet.

I motsetning til selvstendigjøring ser vi i resultatene eksempler der hjelperen overtar oppgaver for pasienten med intensjon om å hjelpe eller gjøre ting riktig. Det kan tenkes at en slik tilnærming fremmer passivitet og lært hjelpeløshet og fratar pasientens mulighet til å ta i bruk egne ressurser. Samtidig kan det se ut som det er delte meninger mellom sykepleieren og vernepleieren når det gjelder hva som er riktig å gjøre i medisinalutdelingseksempelet. På den ene siden er sykepleierens fokus på å dele ut medisiner til riktig tid slik at pasienten tar medisinerne som ordinert. På denne måten vektlegges den profesjonelles ansvar for pasientens helse. På den andre siden vernepleierens valg om å vente til pasienten selv kommer og henter medisinen, på bakgrunn av at pasienten selv må mestre dette etter utskrivelse. Disse ulikhetene kan ha å gjøre med ulik forståelse og perspektiv mellom sykepleiere og vernepleiere. Ifølge annen forskning (Folkman et al, 2017, s.64) mener vernepleiere at tenkningen ved DPS er preget av sykepleiefaglige tilnærminger med fokus på diagnoser og tilfriskning.

Oppsummert på bakgrunn av resultatene og annen forskning (Folkman et al, 2017) kan det tyde på at vernepleierens spesifikke målgruppekunnskap i større grad burde blitt utnyttet. I tillegg kan man se tendenser på at vernepleieren er preget av en empowerment-tilnærming der pasientens makt og ansvar over egen helse vektlegges.

5.4.2 Vernepleierens vektlegging av salutogenese og et helhetlig perspektiv

Resultatene indikerer at vernepleieren i hovedsak ønsket å arbeide med utgangspunkt i et helhetlig perspektiv, hvor det å fokusere på pasientens ressurser og tilrettelegge for mestring er sentralt. Ifølge Borge (2014, s. 34) kommer et helsefremmende og helhetssyn i psykisk helsevern tydeligere frem dersom man vektlegger forhold som pasientens egne ressurser, motivasjon, likeverdige relasjoner og mestring. Resultatene tyder på at vernepleierne vektlegger slike forhold. Helsearbeideren må med et helhetlig fokus tilstrebe å tilrettelegge for

at pasienten selv kan fremme sin egen helse (Langeland & Vaardal, 2014, s. 47). Dette er forhold som er i tråd med våre resultater.

Resultatene tyder på at vernepleierne mener medisiner kan dempe symptomer i perioder, men det viktigste er at man må hjelpe pasienten til å finne ressurser i seg selv som kan benyttes i en bedringsprosess. Dette kan ses i sammenheng med det salutogenetiske perspektivet som istedenfor å se på sykdomsfremkallende forhold, ser på hva som styrker helsen (Mæland, 2016, s. 78). Det salutogenetiske perspektivet kan ses som en motsetning til den medisinske modellen. Den medisinske modellen kritiseres for å være sykdomsorientert og at den ser på psykiske lidelser som maskinfeil, samtidig som den mangler et helhetssyn på psykiske lidelser (Aarre, 2018, s. 36-37). På den ene siden er den medisinske praksisen er dominerende innenfor psykisk helsevern (Aarre, 2018, s. 36). På den andre siden er dette ikke i tråd med blant annet mål og verdier for fremtidens psykiske helsevern (Borge, 2014, s. 32). Den medisinske praksisens dominans kan skyldes at leger er den dominerende profesjonen innen psykisk helsevern, og at den medisinske utdanningen er sykdoms- og individorientert (Aarre, 2018, s. 36). Kan vernepleieren spille en viktig rolle i denne endringen, fra en medisinsk til et mer helhetlig syn innen psykisk helsevern? I resultatene vektlegger vernepleieren en salutogenetisk tilnærming og undrende forståelse av psykiske lidelser som hun har tilegnet seg gjennom vernepleierutdanningen. Annen forskning (Folkman et al, 2017) viser at andre profesjoner som sykepleiere og sosionomer mener vernepleierens tenkning som ikke handler om medisinsk behandling er med og styrker et helhetlig perspektiv og tilbudet til pasientene ved et DPS. Samtidig viser resultatene at det ikke bare er vernepleieren som vektlegger ressursfokuset, men at det er flere profesjoner som er gode på det, blant annet sykepleiere og sosionomer.

Avslutningsvis kan det på bakgrunn av våre resultater og annen forskning, (Folkman et al, 2017) tyde på at vernepleieren kan spille en betydningsfull rolle i endringsprosessen fra en medisinsk praksis til en mer helsefremmende og helhetlig tilnærming. Resultatene tyder også på at vernepleieren har tilegnet seg kunnskap gjennom utdanningen som er preget av salutogenese og helhetlige tilnærminger.

6 Kritisk refleksjon

Vi tar et skritt tilbake i dette kapittelet og forsøker å reflektere over oppgaven og arbeidsprosessen fra et metaperspektiv. Overskriftene vi har valgt er *Kritisk blikk*, *Egen refleksjon* og *Vurdering av metode*.

6.1 Kritisk blikk

I oppgaven har vi konsekvent brukt begrepet pasient. Dette er interessant på bakgrunn av at hvordan en person omtales er et sentralt diskusjonstema i vernepleierutdanningen og i salutogenesen. Antonovsky tar avstand fra begrepsbruk som generaliserer mennesker i en pasient rolle. Han foretrekker «en betoning av det individuelle mennesket som en person» (Karlsson & Borg, 2015, s. 53). Vi erkjenner at vi kunne brukt en annen terminologi i oppgaven, samtidig ble det naturlig å benytte samme begrep som informantene brukte ved DPS.

Gjennom oppgaven kunne vi tydeligere spesifiserte områder av ressursorientert tilnærming som fortjener kritikk. Dette kunne gitt en mer balansert fremstilling. Slik konkret kritikk har heller ikke i betydelig grad vært vektlagt i litteraturen vi har benyttet oss av. Eide og Eide (2017, s. 66-68) peker på en vesentlig fallgrube hvor de bruker begrepet *positivitetstyranni*. Med dette mener de når «vektleggingen av muligheter og ressurser blikker over i en «tenk positiv»-ideologi». Når måter å kommunisere på medfører at pasienter som kjenner på negativ tenkning, følelser og uro, føler seg overhørt, oversett og misforstått (Eide & Eide, 2017, s. 67). Vi er opptatt av at pasientens problemer må tas på alvor *samtidig* som man vektlegger pasientens ressurser. Men vår forståelse er at det sykdomsorienterte synet likevel er dominerende, og at dette synet er med å stigmatisere personer med psykiske lidelser.

6.2 Egenrefleksjon

Vi har gjennom arbeidet med oppgaven hatt uenigheter og diskusjoner. En årsak til dette er at alle har følt en forpliktelse ovenfor seg selv og informantene om å levere en god oppgave. Det har underveis vært utfordrende å formidle og motta konstruktiv kritikk fra de andre

gruppemedlemmene etter å ha lagt innsats i skrivingen. Det har vært komplekse fenomener å skrive om og diskutere, noe som krever faglig og etisk refleksjon. Faglig engasjement og refleksjon har hatt en tendens til å gå på bekostning av effektiviteten til gruppa. Dette i seg selv har fremstått som et dilemma mellom effektivitet versus kvalitet. Til tross for dette, mener vi at gruppen har modnet mer underveis og hatt fokus på å romme hverandres meninger, kunnskaper og ferdigheter, samt fordeling av ansvar. Vi kan stå inne for å ha gjort vårt beste for å ta best mulig begrunnede valg for å fremme kvaliteten i oppgaven.

6.3 Vurdering av metode

Forberedelse, gjennomføring og særlig analyse av kvalitativt forskningsintervju, viste seg å være komplekse og tidkrevende arbeidsoperasjoner. Samtidig kan det sies at en slik grundig metodegjennomføring, styrker oppgavens pålitelighet. I ettertid ser vi at vi kunne hatt en mer stikkordpreget intervjuguide, og samtidig fulgt denne på en mindre punktlig måte. På denne måten kunne oppgaven muligens fått et enda mer induktivt preg, og andre spennende og overraskende resultater, kunne kommet til overflaten. Slik vi ser det, kan dette skyldes at vi er uerfarne intervjuere, og har hatt behov for å støtte oss til flere spørsmål i den hensikt at vi ikke skulle gå glipp av noe. Vi har gjennom oppgaven tilstrebet å ha en mest mulig empiri nær tilnærming, samtidig har det være utfordrende å være minst mulig påvirket av teori. Noen forskere mener at de bygger sine tolkninger kun på grunnlag av empirien, men ifølge Malterud (2017) er det nesten ikke mulig å ha en tilnærming upåvirket av teori (Malterud, 2017, s. 113). I denne oppgaven har det ført til at vi har valgt en abduktiv tilnærming.

7 Avslutning

Med utgangspunkt i problemstillingen har målet for oppgaven vært å få en dypere forståelse av ressursbegrepet, samt erverve kunnskap om vernepleierens erfaringer med å fokusere på pasientenes ressurser i miljøterapien ved et DPS. Dette ble muliggjort gjennom kvalitativ forskningsmetode. Vi tenker at resultatene i oppgaven kan være relevante for pasienter, helsepersonell, ledere på systemnivå, samt studenter ved profesjonsutdanningen.

Resultatet viser til en forståelse av pasientens ressurser som hensiktsmessige kriterier for, og forventninger om, bedringsprosessen. Dette er interessant da begrepet *ressurser*, historisk viser til latinsk *å reise seg*. Gjennom drøftingen ser en at indre faktorer slik som håp og forventninger om bedring, ikke får bedringsprosessen i gang av seg selv. Like lite som en ytre faktor, slik som en pårørende som vil hjelpe, vil ha positiv effekt på bedringen dersom pasienten ikke vil motta hjelpen.

Det ble i et intervju avdekket at det på systemnivå kunne vært en bedre plan og tilrettelagt struktur på kartlegging av pasientens ressurser. En studie underbygget dette ved å vise til at den elektroniske pasientjournalen DIPS ikke var tilrettelagt for kartlegging av ressurser. Vernepleierne opplevde heller at kartleggingen ofte foregår i naturlige og uformelle samtaler. Det å lete etter ressursene ble et «detektivarbeid» hvor det var viktig å være bevisst på hva man så etter, og hvor dette var et aktivt valg hos vernepleieren. Det å se etter evner og mestringsstrategier var da essensielt. De opplevde likevel en mangel på spesifikk informasjon om hvordan å etterspørre ressursene, til tross for at teorien viser at det finnes verktøy for en mer systematisk kartlegging.

I prosessen med å identifisere ressursene hadde vernepleierne et noe delt syn på relasjonens betydning i dette. Det kunne tenkes at en konsentrert kartlegging, kunne ha mer å si for å finne ressursene enn relasjonen ville ha. Teorien sier at relasjonen likevel er viktig for å unngå en individualistisk tilnærming i kartleggingen. Vernepleierne var enige i at pasientens opplevelse av trygghet og tillit til personalet var sentralt.

Vernepleierne erfarte at reel deltagelse av pasienten var nødvendig, samtidig som behov for beskyttelse ble ivaretatt. Teorien viste at raske konklusjoner om hva som er best for pasienten kan overstyre retten til å aktivere egne ressurser. Det var derfor et mål for vernepleierne å

ivareta pasientens selvbestemmelse og rett til deltagelse, samtidig som det kan tyde på at vernepleieren erfarte en forpliktelse til å beskytte pasienten. Dette understøttes av teorien som sier at man skal bistå pasienten til å ta gode autonome valg.

Kunnskap som vernepleierne innehar om utviklingshemming opplevdes som overførbart til miljøterapiarbeidet ved DPS, men kunne i større grad ha blitt utnyttet. Det tyder på at vernepleieren var preget av en tilnærming der pasientens selvstendighet var viktig. Teorien viser til empowerment-begrepet hvor myndiggjøring og selvstendighet står sentralt.

Resultatene viser at vernepleieren vektlegger salutogenese i miljøterapien ved DPS. Dette hadde de med seg fra vernepleierutdanningen, som har preg fra et salutogent perspektiv og helhetlige tilnærminger. En kan antyde fra resultat og teori at vernepleierne kan ha en rolle i endringsprosessen fra en medisinsk praksis til en mer helsefremmende og helhetlig tilnærming. «For å arbeide mot en ressursorientert tilnærming, er vi først nødt å innse hvor fokusert vi faktisk er på det dysfunksjonelle» (Rønsholdt et al, 2014, s. 152). En kan derfor anse vernepleie som en profesjon med et eget ansvar i å «jakte» ressurser, samtidig bør de kanskje også ha et ansvar med å fremme ressursfokus på systemnivå.

Vi ser at en mulig begrensning med oppgaven er at kunnskapen som fremkom, er basert på et lite utvalg informanter og at kunnskapen kun dreier seg om vernepleieres erfaringer. En litteraturstudie kunne vært interessant, for å bedre få fram eksisterende kunnskap om hvordan ressursene til pasientene på en god måte kan inkluderes i miljøterapien. Vi opplever også at det er behov for videre undersøkelser som inkluderer pasienterfaringer siden noe av kritikken mot, spesielt et overdrevent ressursfokus, vil kunne kjennes ut som det Eide og Eide (2017, s. 66-68) omtaler som et *positivitetstyranni*. Undersøkelser i retning pasientens erfaringer vil kunne være med å heve kompetansen til personalgruppen og nyansere forståelsen av å tenke ressursorientert. Vi kunne videre tenke oss å utføre en kvantitativ studie direkte på systemnivå, hvor fokuset kunne vært på hva som hemmer og fremmer ressursorientering i psykisk helsevern. Dette kunne bidratt til å avdekke både barrierer som hindrer, samt gode måter kartlegge ressursene på.

Referanser

- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i Helse- og Sosialfag* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i Helse- og Sosialfagligarbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2014). Vernepleieren som aktør for en "empowerment" - orientert praksis. I K. E. Ellingsen (Red.), *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (1. utg., ss. 65-88). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjørndal, C. R. (2011). *Det vurderende øyet: Observasjon, vurdering og utvikling i undervisning og veiledning* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borg, M., & Topor, A. (2014). Bedringsprosesser. I M. Borg, & A. Topor, *Virksomme relasjoner, om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. utg., ss. 7-12). Oslo: Kommuneforlaget.
- Borge, L. (2014). Helhetlig psykisk helsearbeid. I L. Borge, & A. Almvik (Red.), *Å sette farge på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (ss. 31-44). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brask, O. D., Østby, M., & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller. En refleksjonsmodell* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A. (2005). *Handling Person Samfunn. Innføring i etikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl, A. A. (2012). Psykiatriske forståelsesmodeller. I A. A. Dahl, & T. F. Aarre (Red.), *Praktisk Psykiatri* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dahl, A. A., & Aarre, T. F. (2012). Psykiatri: definisjon, organisering, klassifikasjon og epidemiologi. I A. A. Dahl, & T. F. Aarre (Red.), *Praktisk Psykiatri* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016, 05 31). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 04 29, 2019 fra <https://www.etikk.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Ellingsen, K. E. (2014a). Deltagelse som mål og ambisjon for profesjonell praksis. I K. E. Ellingsen (Red.), *Utviklingshemming og deltakelse* (1. utg., ss. 143-179). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsen, K. E. (2014b). Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn. I K. E. Ellingsen (Red.), *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (1. utg., ss. 23-45). Oslo: Universitetsforlaget.

- Ellingsen, K. E., & Berge, K. (2014). Helsefagets rolle i den vernepleierfaglige kompetansen og utøvelsen av faglig skjønn. I K. E. Ellingsen (Red.), *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (1. utg., ss. 192-216). Oslo: Universitetsforlaget.
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7, ss. 93-99. doi:10.1016/j.afjem.2017.08.001
- Fellesorganisasjonen. (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument*. Oslo: Fellesorganisasjonen. Hentet 09 18, 2018 fra <https://www.fo.no/yrkesetikk/yrkesetisk-grunnlagsdokument-article227-150.html>
- Fellesorganisasjonen. (2017). *Om vernepleieryrket*. Oslo: Profesjonsrådet for vernepleiere, Fellesorganisasjonen.
- Folkman, A. K., Sverdrup, S., & Tveit, B. (2017). Tverrprofesjonalitet eller innordning? En casestudie av vernepleieres forhandlinger om posisjon i distriktpsykiatriske sentre. *Fontene forskning*, 10(1), ss. 56-69. Hentet 03 01, 2019 fra http://fonteneforskning.no/forskningsartikler/tverrprofesjonalitet-eller-innordning-6.19.507734.e6f8b16d8b?fbclid=IwAR2arPipqUQpBFjv_6guo2sygj9giFh_WsZ1OzQEje1PYyjWDOQfOdgTVas
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og Helsefremmende arbeid. Fra Individ- til Systemorientert tenkning og praksis* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, ss. 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hansen, J. E., Rønnow, E., & Mestringsstrategi-gruppen i Herning. (2007). *Relationsbehandling i psykiatrien. Håndbok for relationsbehandlere* (2. utg., Vol. V). (L. Thorgaard, Red.) Stavanger: Hertevig Forlag.
- Haukelien, H., Møller, G., & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektor*. Telemark: Nasjonalt Forskningsinstitutt. Hentet 04 01, 2019 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2444620/BM0035.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helgesen, L. A. (2015). *Mennesket dimensjoner. Lærebok i psykologi* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget. Norwegian Academic Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet 04 12, 2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Rundskriv - Om å utrede potensialet for rehabilitering*. Rundskriv I-5/2017. Hentet 05 01, 2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-52017-om-a-utrede-potensialet-for-rehabilitering/id2564942/>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 04 20, 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykisk-helse/depresjon-nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primær-og-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 03 05, 2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Rundskriv, Oslo. Hentet 05 10, 2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser>

- Helsedirektoratet. (2018). *Frivillig psykisk helsevern*. Hentet 02 22, 2019 fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/frivillig-psykisk-helsevern>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holt, N., Sutherland, A. B., Vliek, M., Passer, M., & Smith, R. (2015). *Psychology. The science of mind and behaviour* (3. utg.). Berkshire: Mc Graw Hill Education.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Praksisnær forskningsetikk. I J. K. Hummelvoll, E. Andvig, & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget. Norwegian Academic Press.
- Karlsen, R. (2012). Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(2), ss. 3-15. doi:10.7557/14.2406
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer: en kunnskapsoppsummering*. Hentet 05 05, 2019 fra <https://samforsk.no/Publikasjoner/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf>
- Langeland, E., & Vaardal, J. (2014). Betydningen av kunnskap om salutogenese for psykisk helsearbeid. I A. Almvik, & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (1. utg., ss. 45-72). Bergen: Fagbokforlaget.
- Leraand, C. (2018). Å jobbe i team er godt relasjonsarbeid. I J. V. Strømstad, A. B. Torbjørnsen, & A.-M. K. Aasland (Red.), *Hvem er du? Miljøterapi i relasjoner* (2. utg., ss. 50-78). Stavanger: Hertervig Forlag Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative Forskningsmetoder for Medisin og Helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mandelid, L. J. (2018). Miljøterapi som dialogisk relasjonsarbeid. I A.-M. K. Aasland (Red.), *Hvem er du? Miljøterapi i relasjoner* (2. utg.). Stavanger: Hertevig Forlag Akademisk.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende Helsearbeid - Folkehelsearbeid i teroi og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordlund, I., Thorsen, A., & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie - Kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- NSD Norsk senter for forskningsdata. (2018). *Informasjon til utvalget*. Hentet 04 29, 2019 fra https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html
- Owren, T. (2011a). Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming. I T. Owren, & S. Linde (Red.), *Vernepleiefaglig teori og praksis - Sosialfaglige perspektiver* (1. utg., ss. 28-41). Oslo: Universitetsforlaget.
- Owren, T. (2011b). Sosial helse og funksjon. I T. Owren, S. Linde, & S. Linde (Red.), *Vernepleiefaglig teori og praksis: sosialfaglige perspektiver* (1. utg., ss. 108-128). Oslo: Universitetsforlaget.
- Owren, T., & Linde, S. (2011). Innledning. I T. Owren, & S. Linde (Red.), *Vernepleierfaglig teori og praksis: sosialfaglige perspektiver* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Pasient- og brukerrettighetsloven . (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og brukerrettighet](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet)
- Psykisk Helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk>
- Resource. (u.å.). *I Cambridge Dictionary*. Hentet 04 26, 2019 fra <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/resource>
- Ressurs. (u.å.). *Det Norske Akademis ordbok*. Hentet 05 01, 2019 fra <https://www.naob.no/ordbok/ressurs>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller Briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønsholdt, J., Groot, A., Godrim, F., & Bech, E. M. (2014). *Relationspsykologi i praksis* (2. utg.). Frederikshavn: Dafolo.
- Røssberg, J. I. (2018). Postatmosfæren. I J. V. Strømstad, A. B. Torbjørnsen, & A.-M. K. Aasland (Red.), *Hvem er du?: Miljøterapi i relasjoner* (2. utg.). Stavanger: Hertervig Akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Psykisk helsevern for voksne Distriktpsykiatriske sentre: med blikket vendt mot kommunen og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Veileder. IS-1388.
- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thaagard, T. (2018). *Systematikk og Innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorgaard, L., & Haga, E. (2014). *Relationsbehandling i psykiatrien. Gode relationsbehandlere og god miljøterapi* (3. utg., Vol. 1). Stavanger: Hertevig Forlag.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitativ forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torbjørnsen, A. E., & Aasland, A.-M. K. (2018). Behandlingsplan - veiviser for relasjonsbygging og læring. I J. Strømstad, A. E. Torbjørnsen, A.-M. K. Aasland, & A.-M. K. Aasland (Red.), *Hvem er du? Miljøterapi i relasjoner* (ss. 134-149). Stavanger: Hertervig Forlag, Akademisk.
- VID vitenskapelige høyskole. (2016). *Felles retningslinjer for bacheloroppgaven ved VID vitenskapelige høyskole*. Hentet 04 29, 2019 fra <https://www.vid.no/filer/felles-retningslinjer-for-bacheloroppgaven/>

Vedlegg

Vedlegg 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Ressursorientert tilnærming i psykisk helsevern”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om vernepleierens erfaringer med å jobbe ut fra et ressursorientert perspektiv. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektets formål er å få mer kunnskap om vernepleierens erfaringer med å jobbe ut fra et ressursorientert perspektiv. Prosjektet er en bacheloroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høyskole er ansvarlig institusjon for prosjektet. og
er ansvarlige forfattere for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er en av tre personer som har blitt valgt ut til å delta som informant. Du er valgt ut på bakgrunn av at du er vernepleier og jobber ved et DPS.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du vil bli intervjuet med utgangspunkt i vedlagt intervjuguide. Dette vil ta rundt en klokke. Opplysninger som skal samles inn er dine erfaringer som vernepleier med å jobbe ut fra et ressursorientert perspektiv. Opplysningene blir samlet inn ved hjelp av lydopptak.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet.
og vil ha tilgang til opplysningen du kommer med gjennom intervjuet.
Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Datamaterialet blir oppbevart innelåst når det ikke brukes til transkribering og analyse. Opplysningene vil bli anonymisert og opplysninger som kan identifisere informanten vil bli slettet etter transkriberingen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 14.06.2019. Personopplysninger om deg og opptak fra intervju vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,

- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

-
-

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Ressursorientert tilnærming i psykisk helsevern", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- ☐ å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 14.06.2019

Vedlegg 2

Intervjuguide

Data om intervjuperson:

- Alder
- Utdannelse / videreutdanning
- Erfaring innen psykisk helsearbeid
- Stilling som vernepleier ved DPS

PASIENTENS RESSURSER

1. Hva legger du i begrepet "pasientens ressurser"?
 - a. Har du noen konkrete eksempler på hva pasientens ressurser kan være?
2. Hvilke erfaringer har du med å kartlegge pasientens ressurser?
3. Når tid i pasientforløpet/behandlingen ved DPS tenker du det kan være hensiktsmessig å kartlegge pasienten sine ressurser?
 - a. Hvilke erfaringer har du med dette?
 - b. Hvorfor ikke før / senere?
4. Hva innebærer det for deg å bidra til at pasienten kan mobilisere sine egne ressurser?
 - a. Hva er dine erfaringer med dette?
5. Er det noen forutsetninger som må være til stede for at du kan bidra til at pasienten kan mobilisere sine egne ressurser?
 - a. Har du noen konkrete eksempler?
6. Når opplever du at du lykkes best med å fokusere på pasientens ressurser?
 - a. Kan du gi konkrete eksempler?
7. Tenker du det kan være noen potensielle fallgruver eller negative sider for pasienten med å fokusere på pasientens ressurser?
 - a. Har du noen eksempler på dette?
 - b. Ethiske dilemmaer?

RELASJON

8. Hva tenker du at din relasjon med pasienten har å si for å jobbe ressursorientert?
9. Hvordan erfarer du at relasjonen mellom personal og pasient kan påvirke kartleggingen av ressurser?
10. Hvordan opplever du at relasjonen mellom personal og pasient kan legge til rette for å mobilisere pasientens egne ressurser?

VERNEPLEIER

11. Hva mener du er vernepleierens faglige bidrag i en ressursorientert kontekst?
12. Hva mener du er vernepleierens faglige bidrag i en relasjonell kontekst?

Mulighet for oppklaring og tillegg:

13. Er det noe i dette intervjuet du ønsker å oppklare?
14. Er det noe du ikke har fått frem som du ønsker å formidle?